

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA

EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA MANAGEMENTU

Hospodaření s finančními prostředky zdravotní pojišťovny

Financial Management of Health Insurance Company

Student: Bc. Kristýna Kuběnová

Vedoucí bakalářské práce: doc. Ing. Marie Mikušová, Ph.D.

Ostrava 2016

Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Kristýna Kuběnová**

Studijní program: N6208 Ekonomika a management

Studijní obor: 6208T037 Management

Téma: **Hospodaření s finančními prostředky zdravotní pojišťovny**
Financial Management of Health Insurance Company

Jazyk vypracování: čeština

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
2. Teoretická východiska problematiky řízení a financování v sektoru veřejného zdravotního pojištění
3. Představení Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny
4. Analýza RBP-ZP pro zjištění nedostatků současného stavu v oblasti řízení a rozpočtnictví
5. Návrhy a doporučení k eliminaci zjištěných nedostatků
6. Závěr

Seznam použité literatury

Seznam zkratk

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Seznam příloh

Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

GAPENSKI, Louis, C. and George H. PINK. *Understanding Healthcare Financial Management*, 7th ed. Chicago: Health Administration Press, 2015. ISBN 978-15-679-3706-0.

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.

ŠEDIVÝ, Marek a Olga MEDLÍKOVÁ. *Úspěšná nezisková organizace*. 2. akt. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4041-6.

Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

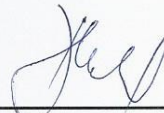
Vedoucí diplomové práce: **doc. Ing. Marie Mikušová, Ph.D.**

Datum zadání: 20.11.2015

Datum odevzdání: 22.04.2016



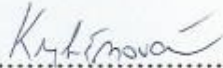
doc. Ing. Petra Horváthová, Ph.D.
vedoucí katedry



prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová
děkanka fakulty

„Prohlašuji, že jsem celou práci, včetně všech příloh, vypracovala samostatně“.

V Ostravě, dne 22. dubna 2016


.....
Bc. Kristýna Kuběnová

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu své diplomové práce doc. Ing. Marii Mikušové, Ph.D. za výbornou spolupráci, cenné rady a připomínky při jejím zpracování.

Mé poděkování patří také zaměstnancům Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny, kteří mi byli naprosto nápomocní po celou dobu tvorby této diplomové práce, a to především obchodnímu náměstkovi panu Ing. Otakaru Kačmářovi, ekonomické náměstkyni Ing. Anně Žižkové, vedoucí oddělení OBZP paní Šárce Slaběňákové a vedoucímu odboru obchodních aktivit Ing. Antonínu Poláškově.

Obsah

1	Úvod	5
2	Teoretická východiska problematiky řízení a financování v sektoru veřejného zdravotního pojištění.....	6
2.1	<i>Systém veřejného zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven v ČR.....</i>	<i>6</i>
2.1.1	Plátcí veřejného zdravotního pojištění	7
2.1.2	Přerozdělovací systém veřejného zdravotního pojištění	11
2.1.3	Členění zdravotní péče	13
2.2	<i>Zdravotní pojišťovna</i>	<i>14</i>
2.2.1	Konkurence.....	15
2.2.2	Povinnosti a právní předpisy zdravotních pojišťoven	17
2.2.3	Vymáhání pohledávek	19
2.3	<i>Hospodaření zaměstnaneckých pojišťoven.....</i>	<i>21</i>
2.3.1	Struktura finančních prostředků zdravotní pojišťovny.....	22
2.4	<i>Metody výzkumu</i>	<i>29</i>
3	Představení Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny.....	35
3.1	<i>Historie vzniku.....</i>	<i>35</i>
3.2	<i>Základní informace.....</i>	<i>36</i>
3.3	<i>Organizační struktura</i>	<i>39</i>
3.4	<i>Nabídka preventivního programu</i>	<i>40</i>
3.5	<i>Hospodaření</i>	<i>43</i>
3.5.1	Příjmy	43
3.5.2	Náklady.....	44
3.5.3	Výdaje.....	44
3.5.4	Zůstatky finančních prostředků na jednotlivých účtech	45
3.6	<i>Představení konkurence</i>	<i>46</i>
3.6.1	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (111)	47

3.6.2	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (201).....	47
3.6.3	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)	47
3.6.4	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207).....	48
3.6.5	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)	48
3.6.6	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR (211).....	49
4	Analýza RBP-ZP pro zjištění nedostatků současného stavu v oblasti řízení a rozpočetnictví.....	50
4.1	<i>Technické informace analýzy</i>	<i>51</i>
4.1.1	Dotazníkové šetření	52
4.1.2	Benchmarking.....	52
4.1.3	Výpočet rozpočtu fondu prevence	54
4.2	<i>Odchozí pojištěnci</i>	<i>57</i>
4.3	<i>Finanční prostředky pro plnění fondu prevence</i>	<i>61</i>
4.4	<i>Preference pojištěnců – portfolio preventivního programu</i>	<i>67</i>
4.4.1	Mínění o nabídce preventivních programů obecně	68
4.4.2	Děti a mládež do 18 let – preventivní program	72
4.4.3	Dospělí nad 19 let – preventivní program	75
5	Návrhy a doporučení k eliminaci zjištěných nedostatků	78
5.1	<i>Odchozí pojištěnci</i>	<i>78</i>
5.2	<i>Finanční prostředky pro plnění fondu prevence</i>	<i>79</i>
5.3	<i>Stavba vhodného portfolio preventivního programu.....</i>	<i>81</i>
5.3.1	Děti a mládež do 18 let.....	82
5.3.2	Dospělí pojištěnci nad 19 let	85
6	Závěr	88
	Seznam použité literatury	89
	Seznam zkratk	94
	Seznam příloh	96

1 Úvod

Tématem této diplomové práce je hospodaření s finančními prostředky zdravotní pojišťovny, a to konkrétně Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny (dále také užíváno RBP).

Uvedené téma bylo zvoleno především proto, že se zde pojí dvě velice zásadní věci, a to zdraví a ekonomika. Zdraví je významnou složkou životní úrovně každého z nás, tvoří předpoklad uplatnění jedince na trhu práce a zároveň je měřítkem vyspělosti společnosti. Na českém trhu zdravotního pojištění existují dva typy zdravotního pojištění, a to veřejné a komerční. V této diplomové práci se budeme zabývat veřejným zdravotním pojištěním, kdy je důležité uvést, že zdravotní pojišťovna hospodaří s veřejnými finančními prostředky a její hospodaření je z velké části ovlivňováno legislativou a politickými podmínkami státu. Veřejné zdravotní pojištění bylo zřízeno pro případ nemoci, z něhož se pojištěné osobě hradí potřebná zdravotní péče v rozsahu stanoveném zákonem. V České republice je veřejné zdravotní pojištění postaveno na principu povinné přerozdělovací platby odvedené z výše příjmu, principu svobodné volby státní pojišťovny a principu povinnosti být pojištěn.

Představou Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny je neustálé zvyšování počtu pojištěnců, ze kterého se odvíjí celkové příjmy zdravotní pojišťovny. Potenciální pojištěnci každé zdravotní pojišťovny se rozhodují ohledně volby svého partnera zdraví především na základě širší působnosti dané zdravotní pojišťovny, množství kontaktních míst a portfolia nabízených výhod. Na tomto poli také nastává konkurenční boj mezi zdravotními pojišťovnami.

Hlavním cílem této diplomové práce je sestavit návrhy pro zvýšení efektivity peněžního toku finančních prostředků a to v rovině nalezení řešení pro navýšení zdrojů fondu prevence a především efektivnějšího rozložení finančních prostředků tohoto fondu. Ke splnění cíle bude nutno provést analýzu dlužného penále u kategorie plátců osob bez zdranitelných příjmů, odchodících pojištěnců a především vyhodnocení jejich preferencí ve vztahu k preventivním programům.

V celé práci se bude vycházet z výročních zpráv RBP a interních dat poskytnutých managementem RBP, dotazníkového šetření, benchmarkingu a platné legislativy o zdravotním pojištění a veřejně dostupných informací týkající se fondu prevence.

2 Teoretická východiska problematiky řízení a financování v sektoru veřejného zdravotního pojištění

Tato kapitola je věnována k poskytnutí terminologie a teoretického základů týkajícího se veřejného zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven fungujících v tomto sektoru.

Další součástí této kapitoly je uvedení využitých metod, jež budou sloužit k zjišťování a analýze nedostatků současného stavu finančního řízení Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny (dále také RBP).

2.1 Systém veřejného zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven v ČR

V České republice je veřejnoprávní zdravotní pojištění vedeno jako povinné, což je vymezeno zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Pokud by se vylučovaly některé skupiny lidí z procesu veřejného zdravotního pojištění, mělo by to za následek snižování úrovně přerozdělování prostředků. V současném systému však je občan nucen být pojištěn bez ohledu na svou vůli. [3, 35]

Mezi základní podmínky účasti v systému zdravotního pojištění je trvalý pobyt na území České republiky (dále také ČR), ekonomická aktivita plynoucí z ČR nebo zaměstnanci u zaměstnavatelů, jež mají své sídlo v ČR. Stěžejními zákony, kterými se řídí zdravotní pojišťovny se správou veřejného zdravotního pojištění je již uvedený zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. [13,16]

V současné době je struktura zdravotnických institucí v ČR tvořena třemi hlavními subjekty, a to Ministerstvem zdravotnictví, zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními. [6]

Platba zdravotního pojištění je v ČR založena na principu solidarity, což znamená, že i občané, kteří za celý svůj život kromě preventivních prohlídek nepotřebují využít lékařské ošetření, mají povinnost odvádět pravidelné platby na zdravotní pojištění. Nezáleží na výši hrazeného zdravotního pojištění, jež daný pojištěnec za zdravotní pojištění v dané zemi zaplatí, protože každá pojištěná osoba ve chvíli potřeby dostane takovou zdravotní péči, jakou

potřebuje, a to na základě svého zdravotního stavu. Podrobné informace týkající se přerozdělování veřejného zdravotního pojištění jsou uvedeny v kapitole č. 2.1.2 [5]

V České republice zdravotní pojištění poskytuje **Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky** a **resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny**.

2.1.1 Plátcí veřejného zdravotního pojištění

Všichni občané České republiky včetně cizinců, jež mají v naší zemi trvalý pobyt nebo jsou zaměstnaní u zaměstnavatele se sídlem na území České republiky, mají dle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění povinnost platit zdravotní pojištění. [8] Mezi plátce veřejnoprávního zdravotního pojištění řadíme:

1) Osoby samostatně výdělečně činné

Mezi osoby samostatně výdělečně činné (dále také OSVČ) řadíme takové pojištěnce, kterým plynou příjmy z podnikání nebo z jiné samostatně výdělečné činnosti (např. živnostník, samostatný zemědělec apod.). OSVČ může svou činnost vykonávat jako hlavní nebo jako vedlejší. O vedlejší činnost jde v případech, kdy osoba má ještě další příjem, přičemž jde o příjem, ze kterého se odvádí zdravotní pojištění (zaměstnavatel, stát – při studiu, při rodičovském příspěvku, při pobírání důchodu apod.). [5]

Osoby samostatně výdělečně činné musí platit vždy do 8. dne v měsíci své zdravotní pojišťovně měsíční zálohu na zdravotním pojištění. Záloha se odvíjí od dosaženého hrubého zisku v minulém období, vždy však musí být placena alespoň minimální záloha, a to i při neúspěšné samostatné výdělečné činnosti. Minimální měsíční zálohu platí i OSVČ, která zahájí v daném roce svoji činnost. [13]

Minimální měsíční záloha na zdravotní pojištění OSVČ se vypočítává z minimálního vyměřovacího základu pro OSVČ, který činí dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy. [1]

V níže uvedené tabulce 2.1 je uveden vývoj záloh na zdravotním pojištění pro OSVČ, a to v horizontu každých 5 let + rok 2016.

Tab. 2.1 - Vývoj minimálního vyměřovacího základu a měsíční zálohy pro OSVČ

Platné pro období	Minimální vyměřovací základ v Kč	Minimální měsíční záloha v Kč
01.01.1993 – 31.12.1995	2.200	297
01.01.2000 – 31.12.2000	4.000	540
01.01.2005 – 31.12.2005	8.460	1.143
01.01.2010 – 31.12.2010	11.855	1.601
01.01.2015 – 31.12.2015	13.506	1.797
01.01.2016 - dosud	13.503	1.823

Zdroj: vlastní zpracování dle [2]

Zaměstnanci a zaměstnavatelé

Zaměstnavatel odvádí za zaměstnance pojistné ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu, nejméně však z minimálního vyměřovacího základu. Zaměstnavatelé srážejí na zdravotní pojištění svým zaměstnancům jednu třetinu z této částky, zbývající dvě třetiny uhradí zaměstnavatel ze svých prostředků (dle zákona č. 592/1992 Sb., § 5). [2, 35]

Při výpočtu zdravotního pojištění zaměstnavatelů a zaměstnanců je vycházeno z výše skutečných příjmů (zaměstnavatel hradí 9 % a zaměstnanec 4,5 %). [13]

Minimální vyměřovací základ pro zaměstnance tvoří minimální mzda platná v měsíci, za který se pojistné odvádí. Osoby, pro které neplatí minimální vyměřovací základ, jsou uvedeny v § 3 zákona č. 592/1992 Sb.

Pojistné za zaměstnance se platí za jednotlivé kalendářní měsíce a je splatné od 1. do 20. dne následujícího kalendářního měsíce. Rozhodné období, z něhož se zjišťuje vyměřovací základ pro výpočet pojistného na zdravotní pojištění za zaměstnance, je kalendářní měsíc, za který se pojistné platí. [2, 5]

Osoby bez zdanitelných příjmů

Za osobu bez zdanitelných příjmů (dále také OBZP) je z hlediska § 5 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb. považována osoba, která má na území ČR trvalý pobyt, není však zaměstnancem ani ji neplynou příjmy ze samostatné výdělečné činnosti a zároveň nepatří do kategorie, za kterou platí pojistné stát. [35]

OBZP je povinná sama hradit měsíčně pojistné ve výši vypočtené jako 13,5 % z minimálního vyměřovacího základu, kterým je minimální mzda, a to vždy do 8. dne následujícího měsíce, kdy vznikla povinnost uhradit zdravotní pojištění. Pro platbu za OBZP musí být splněna podmínka, že uvedené skutečnosti trvají celý kalendářní měsíc. [1]

V níže uvedené tabulce 2.2 je uveden vývoj záloh na zdravotním pojištění pro OBZP, a to v horizontu každých 5 let + rok 2016.

Tab. 2.2 - Vývoj minimální mzdy a měsíční zálohy pro OBZP

Platné pro období	Minimální mzda v Kč	Minimální měsíční záloha v Kč
01.01.1993 – 31.12.1995	2.200	297
01.01.2000 – 30.06.2000	4.000	540
01.07.2000 – 31.12.2000	4500	608
01.01.2005 – 31.12.2005	7.185	970
01.01.2010 – 31.12.2010	8.000	1.080
01.01.2015 – 31.12.2015	9.200	1.242
01.01.2016 - dosud	9.900	1.337

Zdroj: vlastní zpracování dle [2]

Státní pojištěnci

Vzhledem ke skutečnosti, že zdravotní pojištění musí platit všichni, platí ho tedy i osoby, jež nejsou ekonomicky činné (nezaměstnané osoby v evidenci na Úřadě práce, osoby ve vazební věznici, nezaopatřené děti (studenti do 26 let), příjemci důchodu, osoby na mateřské a rodičovské dovolené, osoby pečující o jedno dítě do 7 let nebo dvě děti do 15 let, osoby povoláné do služby, apod.). [1]

Za tyto osoby je plátcem zdravotního pojištění stát. Státních pojištěnců je v systému zdravotního pojištění nejvíce – dle údajů Všeobecné zdravotní pojišťovny představují přibližně 60 % z celkového počtu pojištěnců v rámci všech zdravotních pojišťoven. Z tohoto důvodu každá změna výše platby na zdravotní pojištění za státní pojištěnce výrazným způsobem ovlivňuje množství finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění. [35]

V níže uvedené tabulce 2.3 je uveden vývoj záloh na zdravotním pojištění pro státní pojištěnce, a to v horizontu každých 5 let + rok 2016.

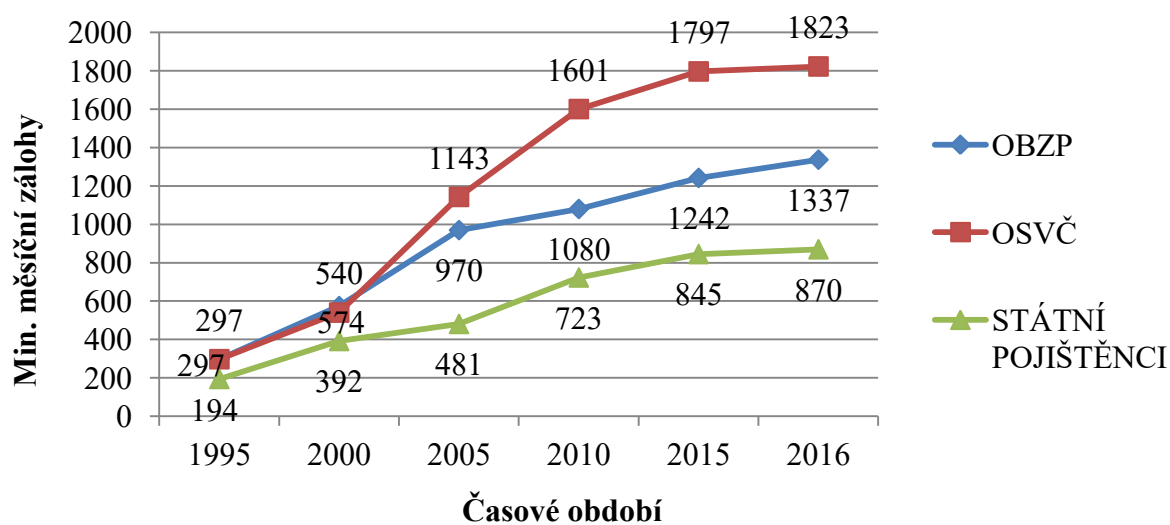
Tab. 2.3 - Vývoj min. vyměřovacího základu a měsíční zálohy pro STÁTNÍ POJIŠTĚNCE

Platné pro období	Minimální vyměřovací základ v Kč	Minimální měsíční záloha v Kč
01.01.1993 – 31.12.1995	1.430	194
01.01.2000 – 31.12.2000	3.250	392
01.01.2005 – 31.12.2005	3.556	481
01.01.2010 – 31.12.2010	5.355	723
01.01.2015 – 31.12.2015	6.259	845
01.01.2016 - dosud	6.444	870

Zdroj: vlastní zpracování dle [2]

V následujícím grafu 2.1 je uvedeno srovnání vývoje výše záloh pro OBZP, OSVČ a státních pojištěnců.

Graf 2.1 – Vývoj minimálních záloh pro OBZP, OSVČ a státní pojištěnce



Zdroj: vlastní zpracování

2.1.2 Přerozdělovací systém veřejného zdravotního pojištění

Pojistné vybrané jednotlivými zdravotními pojišťovnami podléhá již od 1. ledna 1993 přerozdělování, a to podle zákona č.592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Cílem přerozdělovacího mechanismu je vyrovnat rozdíly, jež vznikaly mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami, a to jak na straně příjmů od plátců, tak na straně nákladů na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění. [4, 35]

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále také VZP) je povinna vést „zvláštní účet“, jež slouží k financování hrazených služeb na základě přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu, a to na základě počtu pojištěnců, věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců. Nové (dosud používané) mechanismy přerozdělování byly zavedeny do praxe s účinností od 1. ledna 2005 zákona č. 592/1992 Sb., ve znění novely zdravotnických zákonů, tj. zákona č. 438/2004 Sb. [35]

Zvláštní účet, na který jsou tyto finanční prostředky ukládány, tvoří veřejný rozpočet. [8,35]

V současné době se připravuje nový typ přerozdělování, který má do budoucna motivovat zdravotní pojišťovny ke zlepšování služeb pro chronicky nemocné a extrémně nákladné pojištěnce. [35]

Finanční složky přerozdělovacího systému zdravotního pojištění

- Všechny zdravotní pojišťovny jsou povinny jednou měsíčně poskytnout správci zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění (VZP) informace o výši vybraného pojistného (*zaměstnavatelé, zaměstnanci, OBZP, OSVČ*).
- „Zvláštní účet“ se dále naplňuje o platby od Ministerstva financí, jež se pojí k pojistnému za *státní pojištěnce*. [5]
- *Přerozdělování v současné době absorbuje 100 % vybraného pojistného*, čímž je zachováván princip solidarity na straně příjmů. [41]

Přerozdělovací mechanismus

- 1) K aplikaci přerozdělování pojistného se využívají ***nákladové indexy 36 věkových skupin pojištěnců pro každé pohlaví*** v rozmezí od narození do 5 let, od 5 do 10 let a dále vždy po 5 letech až po věkové skupiny od 80 do 85 let a skupiny od 85 let. Přehled věkových skupin a jejich vymezení s nákladovými indexy dle pohlaví je uvedeno v tabulce č. 2.4. [28]

Tab. 2.4 – Přehled věkových skupin a jejich nákladových indexů

Věková skupina pojištěnců		Nákladové indexy podle pohlaví pojištěnců	
od	do	muži	ženy
0	5	1,4572	1,3104
5	10	0,8549	0,7337
10	15	0,8500	0,9178
15	20	0,7680	1,0000
20	25	0,6433	0,9771
25	30	0,7293	1,2726
30	35	0,8143	1,4144
35	40	0,9038	1,3463
40	45	1,0329	1,3542
45	50	1,2482	1,5727
50	55	1,5980	1,8583
55	60	2,1939	2,1331
60	65	2,8450	2,4374
65	70	3,6289	3,0240
70	75	4,2934	3,5835
75	80	4,8464	4,1361
80	85	4,9879	4,5522
85	a více	5,1021	4,9410

Zdroj: [28]

- 2) Druhý mechanismus provádí přerozdělování podle pojištěnců, za něž byly zdravotními pojišťovnami uhrazeny ***zvlášť nákladné zdravotní služby*** hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o částečnou kompenzaci u pojištěnců s nejvyšším zdravotním rizikem (členění na věkové skupiny do 60 let a nad 60 let věku). [28, 35]

2.1.3 Členění zdravotní péče

Zdravotní péče poskytovaná pojištěnci se dělí do tří základních skupin, a to plná zdravotní péče, nutná a plánovaná zdravotní péče a neodkladná péče.

1) Plná zdravotní péče

Do této oblasti poskytované zdravotní péče se řadí veškeré zdravotní úkony a zdravotní péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. V některých případech na základě číselníku, jež vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR, může jít o úhradu, která není uhrazena v plné výši a pojištěnec se musí podílet na spoluúčasti vynaložených nákladů. Do této péče se řadí také preventivní prohlídky, jež mají preventivní charakter pro zachycení nebo zjištění nemoci. [27]

Preventivní péče je vymezena §29 zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek je stanoveno Vyhláškou MZ č. 70/2012 Sb. [41]

Účelem preventivních prohlídek je včasné zjištění ohrožení nebo poruch zdraví. Preventivní prohlídky jsou plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a musí být dodržovány časové horizonty pro jejich absolvování, a to dle jednotlivých oborů [41].

V oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost

- V prvním roce života devětkrát do roka, z toho minimálně šestkrát v prvním půlroce života a z toho minimálně třikrát v prvních třech měsících života, pokud jim není poskytována dispenzární péče,
- v 18 měsících věku,
- ve třech letech a dále vždy jedenkrát za dva roky, nejdříve však 18 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky.

V oboru zubní lékařství se provádí preventivní prohlídka

- U dětí a dorostu ve věku do 18 let dvakrát ročně,
- u těhotných žen dvakrát v průběhu těhotenství,
- u dospělých jedenkrát ročně.

V oboru gynekologie a porodnictví

- Při ukončení povinné školní docházky,
- dále počínaje patnáctým rokem věku jedenkrát ročně.

2) Nutná a neodkladná péče

Jde o péči poskytovanou v zemi pobytu, kterou z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav osoby. Mezi tuto zdravotní péči řadíme např. operace, pooperační péči, porod a poporodní péče o dítě i matku, očkování dle očkovacího průkazu v případě akutního nebezpečí výskytu očkované nemoci, prohlídky chronicky nemocných pacientů apod. Zdravotní péče musí být poskytnuta v rozsahu, aby pojištěnec nemusel odcestovat dříve, než zamýšlel. Z titulu nutné a neodkladné péče jde o takový zdravotnický servis, za kterým daná osoba účelně nevystoupala, nebo o péči, kterou by zdravotní stav osoby nevyžadoval např. (preventivní prohlídky, kosmetické operace apod.). [27]

3) Plánovaná péče

Jde o specifickou péči, která vede k léčení konkrétního, již existujícího zdravotního problému pacienta, za níž pacient cíleně vystoupal do dané země. Plánovaná péče může být pojištěnci poskytnuta, jestliže obdržel předem vydaný souhlas své zdravotní pojišťovny. Souhlas může být poskytnut, jestliže jde o péči, která je v ČR hrazená a nelze ji v ČR poskytnout bez zbytečného odkladu. V ostatních případech je souhlas na zvážení zdravotní pojišťovny. [27]

2.2 Zdravotní pojišťovna

Zdravotní pojišťovna je prezentována jako specializovaná zdravotní a finanční instituce, jejímž hlavním úkolem je provádět všeobecné zdravotní pojištění. Stěžejní zákony, vyhlášky, právní předpisy k této problematice, způsob a rozsah provádění zdravotního pojištění je dán platnými právními normami, které jsou uvedeny v kapitole 2.2.2. Vedení zdravotní pojišťovny a pravidla platná pro uplatňování veřejného zdravotního pojištění jsou upravena dle zákona č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění, dále zákonem č. 551/1991 Sb. O Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů

a zákonem č. 280/1992 Sb. O resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. [39, 41, 42]

Zdravotní pojišťovny řadíme mezi veřejnoprávní instituce, kdy pro zahájení činnosti musí zdravotní pojišťovna získat povolení od Ministerstva zdravotnictví. Jednou ze základních podmínek zahájení činnosti zdravotní pojišťovny je skutečnost, že nově vzniklá zdravotní pojišťovna musí získat do jednoho roku od svého vzniku alespoň 50 tis. pojištěnců. [5]

Všechny zdravotní pojišťovny jsou povinny udržovat stálou platební schopnost, protože jsou z převážné části omezovány v hospodaření. Omezování provozních nákladů a nákladů na smluvní zdravotnická zařízení je stanoveno s cílem zajistit, aby se vybrané zdravotní pojistné vynakládalo v co největší míře na zdravotní péči o pojištěnce. [12]

Zdravotní pojišťovny mají povinnost vytvářet šest fondů, které mají dle vyhlášky č. 418/1992 Sb. jasně dané plnění a čerpání. Zákonem stanovené vybrané zdravotní pojistné je vynakládáno i na činnosti, které nenesou podstatu veřejného zdravotního pojištění. Mezi tyto náklady se řadí např. náklady na reklamu jednotlivých pojišťoven, náklady na mzdy zaměstnanců zdravotních pojišťoven, náklady spojené s udržením hmotného a nehmotného majetku, tvorba a aktualizace softwarového systému apod. [12]

2.2.1 Konkurence

V České republice je v současné době sedm aktivních zdravotních pojišťoven, jež poskytují veřejné zdravotní pojištění, které je v České republice dle platných právních předpisů povinné pro každého rezidenta státu. Zdravotní pojišťovny, jež operují na českém trhu veřejného zdravotního pojištění:

- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna,
- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR,
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR,
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna,
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,

- Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna Škoda,
- Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR.

Podrobný popis konkurence je uveden v kapitole č. 3.6. Co se týče rozsahu a kvality zdravotní péče, jež jednotlivé zdravotní pojišťovny hradí, není mezi nimi rozdíl, a to díky legislativním omezením. Mezi pojišťovnami panuje pseudokonkurence. Nekonkurují si rozsahem péče, konkurují si formou marketingu a preventivních balíčků, jako jsou například preventivní bonusy apod. Je to jiná konkurence, než při běžném poskytování služeb, kdy je konkurence především postavena na základě ceny, kvality či nabídky služeb.

Cílem běžných prodávajících na trhu bývá nejčastěji maximalizace zisku. Na trhu veřejného zdravotního pojištění tomu tak není, protože na základě legislativních omezení se musí řídit zákony a vyhláškami, jakým způsobem vést jednotlivé fondy a zároveň každý spravovaný fond má svá pravidla pro plnění a využívání financí. [12]

Zdravotní pojišťovny usilují o co největší tržní podíl a tím pádem o nejvýhodnější pozice pro vyjednávání se zdravotními zařízeními. Dalším elementem snižující konkurenční boj je skutečnost, že ve veřejném zdravotním pojištění prováděném v České republice, je aplikován mechanismus přerozdělování veřejného zdravotního pojištění, které je přerozdělováno ve 100% výši, což je podrobněji popsáno v kapitole 2.1.2. [12]

Prezident Svazu zdravotních pojišťoven Ing. Ladislav Friedrich, CSc. se k problematice konkurence v oblasti zdravotních pojišťoven vyjádřil následovně: *„Konkurence pojišťoven by měla být jednou z hlavních výhod pro občana. Občan přímo ovlivňuje kvalitu služeb možností volby své zdravotní pojišťovny. Konkurence by ale měla také výrazně zvyšovat kvalitu a hlavně efektivitu zdravotní péče. Zde je však nyní systém nastaven velmi špatně. Nejvíce narušuje konkurenční prostředí postavení Všeobecné zdravotní pojišťovny. Nejen, že je z historických důvodů ještě stále největší a dominantní, ale má odlišné právní zakotvení a jasné propojení svých orgánů na politiky. Od roku 1993 se mnohokrát změnil systém přerozdělení vybraného pojistného, a to vždy tak, že ve prospěch VZP. V roce 2014 dokonce došlo pomocí úhradové vyhlášky k bezprecedentnímu „sjednocování“ cen, kdy byly dlouhodobě nastavené cenové hladiny a úhrady zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven výrazně zvýšeny, a to opět ve prospěch bilance VZP. Pojišťovny dnes mezi sebou soutěží kromě kvality administrativních služeb jen u příspěvků z fondu prevence, který ale představuje*

jen asi 0,5 % celkových nákladů. Je logické, že nábor pojištěnců je pak bez širší nabídky občas problematický. Celý systém zdravotního pojištění naléhavě potřebuje posílit aktivní zájem o pojištěnce na zdravém způsobu života, na preventivních vyšetřeních, na omezení neefektivních a zbytečných nákladů na zdravotní péči a aktivní spolupráce v léčebném procesu. Můžeme jít cestou bonusů a malusů nebo diferencovaných plánů. Hlavně jde o rozšíření možností alternativních nabídek ze strany pojišťoven. Zájem pojištěnců pak ukáže, co lidi nejvíce oslovilo a motivovalo.“ [31]

2.2.2 Povinnosti a právní předpisy zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny se musí tak jako každá instituce, řídit určitými zákony a právními předpisy, mezi které řadíme:

- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění,
- zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění,
- zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění,
- vyhlášku MF č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, ve znění vyhlášky MF č. 356/2007 Sb.,
- vyhlášku MZ č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu, v platném znění,
- vyhlášku MF č. 503/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, v platném znění, pro zdravotní pojišťovny,
- Nařízení Rady 574/72 stanovující postup provádění Nařízení Rady EHS 1408/71 o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby, samostatně výdělečně činné a členy jejich rodin pohybující se v rámci Společenství. [14, 19]

Organizační struktura zdravotních pojišťoven

Nejvyšším orgánem zdravotní pojišťovny je správní rada, jež má exkluzivní právo při rozhodování týkajících se zásadních otázek činnosti zdravotní pojišťovny.

Jako *nejvyšší kontrolní orgán* je v této oblasti považována dozorčí rada, která má za úkol dohlížet na správné hospodaření a dodržování právních či vnitřních předpisů zdravotní pojišťovny.

Rozhodování v oblasti sporného placení pojistného, penále, vracení přeplatku na pojistném či snižování záloh na pojistné, řeší *rozhodčí orgán*.

Ředitel je *statutárním orgánem* pojišťovny. Ředitele jmenuje a odvolává správní rada.
[9]

Povinnosti zaměstnanecké pojišťovny vůči institucím

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny mají povinnost předkládat Ministerstvu zdravotnictví ČR a Ministerstvu financí ČR v návaznosti na termíny stanovené Ministerstvem zdravotnictví ČR [5]:

- návrh zdravotně pojistného plánu (dále také ZPP) na následující kalendářní rok,
- účetní závěrku a návrh výroční zprávy (dále také VZ) za minulý kalendářní rok a zprávu auditora.

Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna má *povinnost předkládat čtvrtletní výkaz zdravotní pojišťovny* v termínech stanovených Českým statistickým úřadem a roční výkaz zdravotní pojišťovny jako součást programu pro statistické zjišťování na příslušný kalendářní rok. [42]

Další povinností zdravotních pojišťoven je předkládat Ministerstvu financí ČR a Ministerstvu zdravotnictví ČR do 60 dnů po ukončení čtvrtletí zprávu o svém hospodaření dle vyhlášky č. 362/2010 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny mají zároveň povinnost zajistit prostřednictvím auditora ověření účetní závěrky pojišťovny a ověření návrhu výroční zprávy za příslušný rok. [45]

Všechny zaměstnanecké zdravotní pojišťovny mají povinnost ***sdělit VZP***, jako správci účtu vybraného pojistného ***do 22. dne každého měsíce výši vybraného pojistného.***

Správní rada zaměstnanecké zdravotní pojišťovny rozhoduje o schválení návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy. Návrh ZPP, účetní závěrku a návrh VZ za minulý rok, schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu, a to v návaznosti na termíny projednávání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu. Schválený ZPP, schválenou výroční zprávu a schválenou účetní závěrku, pojišťovna zveřejňuje způsobem umožňujícím dálkový přístup. [45]

2.2.3 Vymáhání pohledávek

ZÁKON O ODSTRANĚNÍ TVRDOSTI ZÁKONA

Zdravotní pojišťovny mají zákonem uloženou povinnost zajistit pravidelný výběr zdravotního pojištění. V případě, že ze strany plátce dochází k nedodržování povinností hradit zdravotní pojištění, má zdravotní pojišťovna uplatňovat požadavek na úhradu penále z prodlení.

Na základě § 53 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 176/2002 Sb. může ***zdravotní pojišťovna odstraňovat tvrdosti zákona***, které by se vyskytly při předepsání penále, kdy ***jeho výše nepřesahuje 20.000 Kč***, a to ke dni doručení žádosti o odstranění tvrdosti.

Penále, uložení pokuty, vyměření přírážky k pojistnému, které ***překročí výši 20.000 Kč***, může tvrdosti odstraňovat pouze rozhodčí orgán.

O možnosti odstranění tvrdostí nelze rozhodnout, jestliže plátce pojistného nezaplatil pojistné na zdravotní pojištění splatné do dne vydání rozhodnutí o prominutí pokuty, přírážky k pojistnému nebo penále, či byl na plátce pojistného podán insolvenční návrh nebo plátce pojistného vstoupil do likvidace. Odpis nedobytných pohledávek je realizován v souladu s § 26c zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, v platném znění. [48]

Prominutí pokuty, přírážky k pojistnému nebo penále se nedělá automaticky po uhrazení požadované výše pojistného s předepsaným penále. Žádost o prominutí tvrdosti

musí být písemně podána přímo plátcem nebo jinou oprávněnou osobou. V případě, že se objeví nové skutečnosti, jež vedou k přehodnocení vyměřené výši penále, pokuty či přírážky k pojistnému, které žadatel bez vlastního zavinění nemohl uplatnit v době nabytí právní moci tohoto rozhodnutí, může být žádost podána do tří let od právní moci tohoto rozhodnutí. Rozhodnutí o odstranění tvrdostí je rozhodnutím konečným. [41]

Pro posuzování a přípravu nedobytných pohledávek k odpisu slouží především klasifikace z pohledu doby jejich vzniku a možnosti uhrazení. Dlouhodobost pohledávky v kombinaci dlouholeté neaktivity plátce a neuspění věřitele při vymáhání pohledávky při využití všech zákonných prostředků, je podmínkou pro odepsání pohledávky. [47]

Mezi základní důvody realizovaných odpisů, patří např. skutečnost, že [48]:

- vymáhání dluhu by s vysokou pravděpodobností nevedlo k úspěchu uhrazení,
- insolvenční řízení bylo zrušeno po splnění rozvrhového usnesení,
- reorganizace dlužníka byla ukončena po splnění reorganizačního plánu,
- nařízení exekuce nebyla úspěšná, neboť u dlužníků nebyl nalezen žádný zabavitelný movitý majetek a nebyly zjištěny žádné finanční prostředky k úhradě pohledávky,
- pohledávka byla navržena k odpisu, protože náklady na její vymáhání výrazně převyšují pohledávku samotnou apod.

Příjmy získané ze zaplacení pokut a penále tvoří plnění pro fond prevence, který je jedním ze stěžejních elementů, který vnímá pojištěnec při volbě zdravotní pojišťovny. [41]

KONTROLY A ŘEŠENÍ POHLEDÁVKY

Kontroly OBZP probíhají individuálně při denním styku s klienty a denně zaměstnanci oddělení registru a OBZP. Pojištěnci jsou v případě nedodržování úhrad či nenahlášení kategorie plátce pojistného obesíláni výzvami s požadavkem o doplnění chybějících údajů či k úhradě dlužného pojistného.

V případě, že pojištěnec, který uznal nespornou výši dluhu vlastnoručním podpisem, má povinnost pravidelně splácet smluvené splátky. Při uhrazeném uznání nesporné výše dluhu, je téměř ve 100 % případů penále odpuštěno na základě § 53 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 176/2002 Sb. [41]

V situaci, kdy pojištěnec nedodržuje pravidla splácení, je v několika krocích obeslán, aby svou platební morálku napravil, jinak bude jeho pohledávka poustoupena dalšímu stupni vymáhání, kde se již penále musí uhradit – výkaz nedoplatku. V případě, že pojištěnec ani ve fázi výkazu nedoplatku nereaguje, je posledním krokem ze strany zdravotní pojišťovny předání pohledávky exekutorovi, kdy konečná výše pohledávky je poté několikanásobná.

Velkým problémem v současné době je skutečnost, že téměř 370 tis. obyvatel v České republice má uveden *trvalý pobyt na městském úřadě*, tzv. ohlašovně. Možnost vedení trvalého pobytu na městském úřadě umožňuje zákon č. 133/2000 Sb. o evidenci obyvatel, v § 10 o trvalém pobytu občanů. [43]

Dle zákona č. 133/2000 Sb. o evidenci obyvatel a rodných čísel, v § 10, písm. b, může občan na základě písemné žádosti uvést faktický pobyt, který je jeho doručovací adresou. Této možnosti bohužel využívá minimum osob, které jsou vedeny s trvalým pobytem na městském úřadě, protože se ve většině případů skrývají tímto způsobem před vymáháním pohledávek. [43]

Existuje varianta pro doručování doporučených korespondencí na městské úřady, kdy i v případě, že si daná osoba korespondenci nepřevzme, je možné akceptovat obsílku jako doručenou. V případě, že je v důvodu nedoručení korespondence uvedeno – nevyzvednuto v úložní době, může být takto identifikovaný dopis akceptován jako fikce doručení, což umožňuje, že se po určité lhůtě může s korespondencí nakládat tak, jako by určená osoba korespondenci převzala. Bohužel v případě, že nemá nahlášenou korespondenční adresu, je vymáhání pohledávek velice obtížné či dokonce nemožné, ale i přes fikci doručení je často pohledávka řešena i několik let.

2.3 Hospodaření zaměstnaneckých pojišťoven

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny hospodaří s vlastním majetkem a s majetkem jí svěřeným. Dle § 12 předpisu č. 280/1992 Sb. dle zákona České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, řadíme mezi *příjmy zaměstnanecké pojišťovny* [42]:

- 1) **Příjmy** zaměstnanecké pojišťovny zahrnují platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu.
- 2) Mezi **další příjmy** zaměstnanecké pojišťovny řadíme:
 - vlastní zdroje vytvořené využíváním fondů zaměstnanecké pojišťovny,
 - příjmy plynoucí z majetkových sankcí stanovených zvláštním zákonem,
 - dary a ostatní příjmy.

Dle § 13 předpisu č. 280/1992 Sb. dle zákona České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, mezi **výdaje** zaměstnanecké pojišťovny řadíme:

- platby za hrazené služby podle smluv uzavřených s poskytovateli,
- úhrady jiným zdravotním pojišťovnám,
- náhrady nákladů za neodkladnou zdravotní péči čerpanou pojištěncem v zahraničí a za zdravotní služby čerpané pojištěncem v jiném členském státě Evropské unie podle § 14 zákona o veřejném zdravotním pojištění,
- náklady na činnost zaměstnanecké pojišťovny podle § 8,
- úhrady finančních částek, přesahujících limit pro doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění,
- úhrady za zdravotní služby a náhrady nákladů vynaložené pojištěncem na zdravotní služby čerpané v členských státech Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo ve Švýcarské konfederaci podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení a podle mezinárodních smluv v oblasti sociálního zabezpečení,
- úhrady částek poskytnutých podle § 40 odst. 3 a 4 zákona o veřejném zdravotním pojištění poskytovatelům hrazených služeb. [42]

2.3.1 Struktura finančních prostředků zdravotní pojišťovny

Předpis č. 418/2003 Sb. je platná vyhláška, která stanovuje podrobnější vymezení okruhu, výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, podmínky

jejich tvorby, užití, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu. Jednotlivé fondy se musí plnit na samostatných bankovních účtech a zůstatky se převádějí do následujícího účetního období.

V této subkapitole je vždy uvedeno několik zdrojů, jimiž se jednotlivé fondy plní. Úplné znění těchto zdrojů a podmínek správy lze nalézt ve Vyhlášce 418/2003 Sb. [29, 39]

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny vytvářejí dle zákona č. 280/1992 Sb. správní fondy, mezi které se řadí:

- základní fond zdravotního pojištění (§ 1),
- rezervní fond (§ 2),
- provozní fond (§ 3),
- sociální fond (§ 4),
- fond majetku (§ 5)
- fond reprodukce majetku (§ 6),
- + fond prevence (§ 19), který není povinný.

2.3.1.1 Základní fond zdravotního pojištění

Základní fond zdravotního pojištění se bezprostředně dotýká zdravotní péče.

Ke zdrojům základního fondu Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven (dále jen "zdravotní pojišťovna") řadíme dle § 1 vyhlášky 418/2003 Sb [39]:

- ***pojistné na veřejné zdravotní pojištění*** (dále jen "pojistné") včetně záloh a jejich vyúčtování a pravděpodobná výše pojistného, a to dle zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění,
- peněžní prostředky plynoucí z měsíčního vyúčtování výsledků přerozdělení pojistného, včetně záloh a vyúčtování nákladné péče,
- pohledávky za uhrazené zdravotní služby poskytnuté v České republice cizím pojištěncům, za které byly zdravotní služby uhrazeny v souladu s vyhlášenými mezinárodními smlouvami o sociálním zabezpečení, kladné kursové rozdíly související se základním fondem,

- penále, dohadné položky k penále, přírážky k pojistnému a pokuty dle z § 44 a 45 zákona č. 48/1997 Sb. a § 26 zákona č. 592/1992 Sb., ve znění zákona č. 138/2001 Sb. a finanční prostředky vytvářené využíváním základního fondu, zejména úroky, náhrady škod a ostatní (viz. [39])

Položky, o něž se základní fond snižuje [7,8]:

- závazky vyplývající z poskytnutých zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění včetně záloh a jejich zúčtování s poskytovateli zdravotních služeb,
- platby pojištěncům při překročení limitu stanoveného pro regulační poplatky a doplatky,
- závazky vyplývající z poskytnutých zdravotních služeb pojištěncům v cizině včetně dodatečných oprav vyúčtování,
- bankovní poplatky za operace na bankovních účtech základního fondu, poplatky za poštovní služby, při informování pojištěnců o výsledcích a čerpání zdravotních služeb, výběru zdravotního pojištění, penále, přírážek k pojistnému a pokut,
- odpisy dlužného pojistného, nedobytných pohledávek za uhrazené zdravotní služby poskytnuté cizincům v tuzemsku a odpisy nedobytných pohledávek za poskytovateli, penále a pokut (posuzování nedobytnosti těchto pohledávek je využíváno ustanovení § 26c zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění) a ostatní (viz. [39]).

Z prostředků získaných z pokut a penále propočte zdravotní pojišťovna převod do fondu prevence v maximální výši odpovídající 0,3 % finančních příjmů z pojistného po přerozdělování, a to dle § 6 odst. 7 zákona č. 551/1991 Sb, ve znění zákona č. 69/2000 Sb. a §7 odst. 1 písm. a) zákona č. 551/1991 Sb., ve znění zákona č. 60/1995 Sb. a zákona č.48/1997 Sb. Při vyrovnaném hospodaření, jež ukládá § 19 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., ve znění zákona č. 127/1998 Sb., musí být dosažen kladný zůstatek, a to bez využití úvěru. [39]

2.3.1.2 Rezervní fond

Rezervní fond je vytvářen z přidělů ze základního fondu zdravotního pojištění tak, aby výše rezervního fondu na konci účetního období činila 1,5 % z průměrných výdajů základního fondu za poslední tři roky, dále z bankovních úroků z prostředků rezervního fondu a ostatních položek.

Pokud jde o čerpání z tohoto fondu, **je využíván** v situacích stanovených zákonem, například *epidemie a podobně*. [26]

Zdroji rezervního fondu jsou dle § 2 vyhlášky 418/2003 Sb. především úroky z bankovního účtu rezervního fondu, příděl z pojistného uskutečněný převodem ze základního fondu, výnosy z držby a prodeje cenných papírů pořízených z těchto prostředků apod.

Položkami, o něž se rezervní fond snižuje je především příděl do základního fondu v případech, který stanovuje zákon, ztráty z prodeje cenných papírů pořízených z prostředků rezervního fondu, závazky, jež má zdravotní pojišťovna na základě rozhodnutí likvidátora apod. [10, 17, 39]

Převod finančních prostředků z bankovního účtu základního fondu na bankovní účet rezervního fondu se provede vždy až po přidělu do provozního fondu a uhrazení všech splatných závazků. [10, 17, 39]

2.3.1.3 Provozní fond

Zdravotní pojišťovny mají povinnost vytvářet také provozní fond. Tento typ fondu je **využíván k hrazení nákladů, jež se vztahují k činnosti zdravotní pojišťovny**.

Náklady, které se z tohoto fondu hradí, tvoří velkou část platy zaměstnanců zdravotních pojišťoven nebo nákup běžného hmotného a nehmotného majetku. Finance z tohoto fondu lze využít pro pořízení krátkodobého finančního majetku, a naopak finanční prostředky z provozního fondu nelze využít k poskytování finančních příspěvků konkrétním pojištěncům na úhradu léčivých přípravků, ani k úhradě preventivních akcí pořádaných za účelem propagace. [10, 17, 39]

Hlavním zdrojem provozního fondu je právními předpisy stanovený příděl ze základního fondu, který je **odvislý především od počtu pojištěnců konkrétní zdravotní pojišťovny**, nicméně v průměru činí v současnosti něco málo přes 3 % příjmů základního fondu (dle výpočtu).

Co se týče porovnání s provozními náklady zdravotních pojišťoven v jiných evropských zemích, je ČR hluboko pod průměrem (např. dle dat z roku 2014 je to v Německu 6,8 %, v Belgii 4,5 % a na Slovensku 3,5 %). [15]

Bližší specifikace zdrojů naplňující provozní fond [37]:

- příděl ze základního fondu *maximálně do výše ročního limitu*,
- příděl z fondu reprodukce majetku po schválení správní radou zdravotní pojišťovny,
- úroky z bankovního účtu provozního fondu,
- zůstatek provozních fondů při sloučení nebo splnutí zdravotních pojišťoven,
- výnos z prodeje dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku,
- smluvní pokuty na základě smlouvy poskytovatelů se ZP a ostatní (viz [37]).

Položky, o něž se provozní fond snižuje:

- o závazky zdravotní pojišťovny vyplývající ze zajištění její provozní činnosti (mzdy, režijní náklady, ostatní osobní náklady) a dále se snižuje o:
 - podílu úhrady účetních odpisů a zůstatkové ceny vyřazeného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku souvisejících s prováděním veřejného zdravotního pojištění,
 - podílu úhrad souvisejících s registrem všech pojištěnců všeobecného zdravotního pojištění,
 - provozu Centra mezistátních úhrad, včetně úhrad poskytnutých formou záloh s následným vyúčtováním, apod.
- pokuty a penále vyplývající pro zdravotní pojišťovnu z nedodržení postupů stanovených zákonem; dále pokuty, penále či jiné sankce za porušení smluvních vztahů uzavřených zdravotní pojišťovnou a ostatní (viz [39]).

VZP z prostředků provozního fondu hradí náklady, jež byly vynaloženy na tvorbu a distribuci metodik, tiskopisů a číselníků. Další úhradou z tohoto fondu jsou také náklady na vedení registru všech pojištěnců všeobecného zdravotního pojištění dle zákona 592/1992 Sb. [5]

Limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny

Maximální výše finančních prostředků, které jsou možné převádět ze základního fondu do provozního fondu, je stanovena na základě výpočtu limitu nákladů na činnost zdravotní pojišťovny. Každá zdravotní pojišťovna má tento koeficient lehce odlišný, avšak maximální výše limitu nákladů na činnost zdravotní pojišťovny byla pro rok 2015 stanovena

ve výši 3,08 % (RBP má 3,07 %). Vzorec pro výpočet limitu nákladů na činnost ZP je uveden ve vyhlášce č. 418/2003 Sb., v § 7. [39]

Roční limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny krytý ze zdrojů základního fondu se stanoví z *prostředků získaných z pojistného na veřejné zdravotní pojištění po přerozdělení, z výnosu penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad škod.* [39]

2.3.1.4 Sociální fond

Sociální fond zdravotní pojišťovny není určen pro plnění potřeb týkající se veřejného zdravotního pojištění a plnění závazků vůči poskytovatelům zdravotních služeb, ale pro *pokrytí potřeb zaměstnanců dané zdravotní pojišťovny* (kulturní, sociální apod.).

Tento typ fondu je upravován v závislosti na ročním rozpočtu a zásadami jeho využívání, které jsou součástí schváleného zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny, přičemž v případě zůstatku finančních prostředků na sociálním fondu, se tyto zůstatky převádějí do následujícího účetního období. [39]

Zdrojem sociálního fondu je dle § 4 vyhlášky 418/2003 Sb. základní příděl ve výši maximálně 2 % z ročního objemu nákladů zúčtovaných na mzdy a náhrady mzdy, které byly zúčtovány s provozním fondem, tvořený převodem finančních prostředků z provozního fondu, další příděl ze zisku po zdanění vytvořený ve zdaňované činnosti apod. [37]

Snižování výše sociálního fondů na základě rozpočtu schváleného ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny, bankovní poplatky, poštovní poplatky a záporné kursové rozdíly související s jeho činností. [39]

2.3.1.5 Fond majetku

Tvorba fondu majetku má za úkol sledovat zůstatkové hodnoty dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku zdravotní pojišťovny.

Zdroje fondu majetku naplňují tyto položky dle § 5 dlouhodobý hmotný a nehmotný

majetek pořízený z prostředků fondu reprodukce majetku, bezúplatně převzatý dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek, apod.

Položky, o něž se fond majetku snižuje o výši zůstatkové ceny dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku při jeho vyřazení, z používání v důsledku opotřebení, ztráty, znehodnocení, v důsledku jeho prodeje, apod. [39]

2.3.1.6 Fond reprodukce majetku

Fond reprodukce majetku zdravotní pojišťovny je využíván k pořizování dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku.

Zdrojem fondu reprodukce majetku zdravotní pojišťovny jsou dle § 6 vyhlášky 418/2003 Sb. jsou např. odpisy veškerého dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně zůstatkové ceny vyřazeného dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podle § 3 odst. 4 a § 7 odst. 3, příděly z provozního fondu podle § 3 odst. 4, apod.

Fond reprodukce majetku zdravotní pojišťovny se snižuje o pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně poskytnutých záloh, splátky úroků z úvěrů použitých na nákup dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku ve vazbě na schválený zdravotně pojistný plán a apod. [39]

2.3.1.7 Fond prevence

Dle zákona 280/1992 Sb. § 16, může zaměstnanecká pojišťovna vytvářet fond prevence, který je postaven na bázi dobrovolnosti jednotlivých zdravotních pojišťoven. Fond prevence je využíván k ***úhradě zdravotních služeb, jež jsou nad rámec hrazených zdravotních služeb*** dle platných právních předpisů. Zdravotní služby hrazené z fondu prevence musí mít prokazatelný preventivní, diagnostický nebo léčebný efekt a jsou poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. [42]

Čerpání služeb z fondu prevence je postaveno na dobrovolné bázi a na rozdíl od služeb hrazených ze zdravotního pojištění musí pojištěnec naplnit individuální podmínky stanovené

zdravotní pojišťovnou. [46]

Z prostředků získaných z pokut a penále propočte zdravotní pojišťovna ***převod do fondu prevence v maximální výši odpovídající 0,3 %*** finančních příjmů z pojistného po přerozdělování.

Finanční prostředky vytvářené využíváním základního fondu zaměstnanecké pojišťovny a příjmy plynoucí z pokut, přírážek k pojistnému a penále účtovaných touto pojišťovnou v oblasti veřejného zdravotního pojištění může zaměstnanecká pojišťovna použít jako zdroj fondu prevence až v případě, kdy má naplněný rezervní fond a hospodaří vyrovnaně, a to dle zákona 280/1992 Sb., § 19 odst. 1. [42]

Prostředky fondu prevence lze využít:

- na realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění,
- na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu pojištěnců,
- dále na podporu projektů podporujících zvýšení kvality zdravotních služeb, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců. [39]

2.4 Metody výzkumu

V této kapitole je uvedeno, prostřednictvím kterých metod bude dosaženo cíle, a to cíle zefektivnění hospodaření s finančními prostředky. Teoretické představení využitých metod je poté vždy doplněno o stručný popis, k čemu byla metody využita v praktické části.

1) LINEÁRNÍ VÝZKUM, STUDIUM PODKLADŮ

Pro možné zpracování analýzy a ustanovení možného řešení pro efektivnější hospodaření s finančními prostředky zdravotní pojišťovny, bylo zapotřebí ***studia především legislativy a interních dokumentů subjektu***. Díky průřezu zjištěných informací mohly být dále uskutečňovány další analýzy. [11]

Využití v praktické části

Informace získané studiem podkladů se staly odrazovými můstky pro každou další analýzu, která byla v této diplomové práci uskutečněna. Stěžejními se tyto informace staly pro srovnávání v oblasti dlužného penále a konkurenčních nabídek preventivního programu.

V první fázi byly na základě veřejně dostupných informací shromážděna sekundární data, která byla zprostředkována z výročních zpráv a zdravotně pojistných plánů, a to od roku 2012 – 2015. Od roku 2012 – 2014 byly využity data z výročních zpráv, zatímco pro rok 2015 prozatím nebyla výroční zpráva zpracována - musí se proto vycházet z dat zdravotně pojistného plánu pro rok 2015 a přípravných materiálů k výroční zprávě z roku 2015. V těchto podkladech byly vyhledávány číselné hodnoty, týkající se hospodaření fondu prevence a kontroly výběru penále u OBZP.

Sběr informací proběhl také prostřednictvím internetových stránek jednotlivých zdravotních pojišťoven, a to pro další možnou analýzu srovnání preventivních programů.

2) SROVNÁVÁNÍ A ANALOGIE

Prostřednictvím *srovnávání* zjišťujeme shodné či rozdílné stránky u dvou či více různých předmětů, jevů či úkazů, které máme za účel vyhodnotit. Srovnávat můžeme téhož ukazatele ve statistických souborech, které se liší věcně, prostorově nebo časově.

Metoda *analogie* se opírá o metodu srovnávání. Představuje myšlenkový postup, při němž na základě zjištěné shody některých znaků dvou či více různých předmětů nebo jevů usuzujeme na přibližnou shodu i u některých dalších znaků těchto předmětů a jevů. [11]

Využití v praktické části

Metoda srovnávání a analogie byla využita pro srovnání v oblasti penále. Vzhledem k cíli této diplomové práce, identifikovat *potenciál finančních prostředků pro efektivnější hospodaření s finančními prostředky*, bude zapotřebí srovnat číselné hodnoty v oblasti předepsaného, uhrazeného a odepsaného penále (zdroje fondu prevence), jež vychází z nedodržování úhrad za veřejné zdravotní pojištění u osob bez zdanitelných příjmů. Na základě srovnání těchto údajů se identifikuje, na jakou výši finančních prostředků má zdravotní pojišťovna právo (plynoucí z penále) a kolik je skutečně vybráno.

3) INDUKCE A DEDUKCE

Indukce znamená odvozování všeobecných tvrzení z empirického materiálu na základě mnoha poznatků o jednotlivostech. Indukce umožňuje formulaci obecnějších závěrů platných pro zkoumaný jev či objekt. Úplná indukce je však možná pouze v případě, kdy vyvozovaný celek má konečný počet prvků, a proto se většinou používá neúplná indukce, jejíž závěry nejsou jednoznačné, ale i tak vysoce pravděpodobné.

Dedukce je takový způsob myšlení, při němž se z obecných závěrů a tvrzení vyvodí nový, méně obecný závěr. Závěr dedukce je na základě logiky nepochybný, neboť vychází z obecně nepochybnitelného. Tak jako analýza úzce souvisí se syntézou, tak i indukce je těsně spojena s dedukcí. Indukcí lze dospět na základě zkoumání jednotlivých (zejména empirických) jevů k teoretickým zobecněním, teoretické závěry lze naopak dedukcí v praxi ověřovat. [11]

Využití v praktické části

Tyto dvě metody se prolínají celou diplomovou prací. Na základě indukce bylo identifikováno, že za stagnací pojištěnců stojí neatraktivní preventivní program, který poté dále prostřednictvím využitím dedukce prezentoval tvrzení, že je zapotřebí obnova preventivního programu RBP.

4) ANALÝZA A SYNTÉZA

Obecnou definicí **analýzy (rozkladu)** je myšlenkové rozložení zkoumaného jevu na dílčí složky, které se stávají předmětem dalšího bádání. Cílem analýzy jako rozkladové metody je vysvětlit daný problém zevrubným prozkoumáním jeho složek. Analýza rozlišuje na objektu zkoumání jednotlivé části nebo prvky, vyděluje podmínky vzniku, etapy vývoje jevu či objektu, odděluje podstatné od nepodstatného, směřuje od složitého k jednotlivému a od mnohosti k jednotě. Cílem analýzy je pak tento systém, tj. jeho jednotlivé rozhodovací prvky a jejich vzájemné vazby, poznat a odhalit zákonitosti chování systému.

Syntéza (skládání) je myšlenkové spojení jednotlivých částí v celek. Při syntéze se sledují vzájemné podstatné souvislosti mezi jednotlivými složkami jevu či objektu, což napomáhá k odhalení vnitřních zákonitostí fungování a vývoje jevu či objektu bádání. Syntéza je postup, kdy se formulují závěry na základě výchozích zjištění. [11]

Využití v praktické části

Analýza (rozkladu) byla využita při počátečním sbírání informací pro získání sekundárních dat legislativy a výročních zpráv a analýzy konkurence, na základě kterých byl poté zjištěn nedostatek v oblasti preventivního programu.

5) BRAINSTORMING

Brainstorming (tzv. bouře mozků) je využíván v přípravné fázi projektu. Jedná se o skupinovou techniku zaměřenou na generování co nejvíce nápadů na dané téma a je založena na skupinovém výkonu. Základní myšlenkou je předpoklad, že lidé ve skupině vymyslí více podnětů, než by vymysleli jednotlivě. Nejčastější využití je v managementu, podnikání, při hledání optimálních postupů či v prognostice. Brainstorming přináší nové nápady, jak řešit problémy. Hlavním principem metody je stanovení tématu, na jehož základě účastníci vyjadřují asociace, které jsou zapisovány na tabuli a z nich vyvozovány další závěry a řešení. [22]

Využití v praktické části

V prostředí expozitury bylo využito brainstormingu, pro identifikaci nadstandardů, jež budou poté tvořit otázky v dotazníkovém šetření. Není možné, aby dotazník obsahoval 50 položek, proto na základě této metody bylo mezi pracovníky zvoleno 11 nadstandardů pro dospělé pojištěnce nad 19 let a 9 položek pro děti a mládež do 18 let, na které se nejčastěji pojištěnci ptají, zda pojišťovna proplácí. Byly voleny takové nadstandarty, které RBP v současnosti neproplácí a zároveň management zajímá, zda jsou tyto položky pro pojištěnce atraktivní a motivující k přestupu k nové zdravotní pojišťovně.

6) DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Dotazníkové šetření se řadí mezi kvantitativní metody, která je velice často využívána pro výzkum v oblasti veřejného mínění. Jednotlivé výzkumy prováděné touto metodou bývají zasílány vybrané skupině lidí, které tvoří reprezentativní vzorek. Prostřednictvím dotazníkového šetření je možné sesbírat velké množství dat s méně podrobnými informacemi, kdy získané informace mohou být aplikovány na širší okruh lidí. [25]

Prostřednictvím dotazníkového šetření je možné analyzovat chování lidí, zjistit jejich věrů a na co kladkou důraz, názory a postoje vůči šetřeným oblastem, vlastnosti, znalosti, volební preference apod. [11]

Typy dotazníků

- 1) **Standardizovaný** – respondenti mají pevně stanovený seznam otázek, na které musí odpovědět jednou z nabízených odpovědí (ano/ne, apod.). Hlavní výhodou tohoto tipu je jednoduché zanalyzování dat. [25]
- 2) **Polostrukturovaný** – dotazník obsahuje jak standardizované otázky, tak otevřené otázky. Tento dotazník je používán hlavně při výzkumu relevantních témat. [11, 25]
- 3) **Otevřené otázky** – respondenti na uvedené otázky odpovídají svými slovy, což poskytuje podrobnější a specifitější data. Nevýhodou je obtížnost při následném statistickém porovnání dat. [25]

Využití v praktické části

Pro opodstatněnou tvorbu návrhu preventivního programu napojenou na výsledky plnění fondu prevence bude využito dotazníkové šetření, které určí preference pojištěnců, o které se poté v návrhu budou opírat návrhy řešení. Otázky k požadovaným nadstandardům vycházely z brainstormingu.

Pro tuto práci jsou zapotřebí dva dotazníky. *V prvním dotazníku* bude zjišťováno, jaká stavba portfolia preventivního programu vyhovuje pojištěncům tak, aby nebyli motivováni přejít ke konkurenční zdravotní pojišťovně, jaká finanční částka je pro ně již motivující k přechodu k jiné zdravotní pojišťovně, apod. *V druhém dotazníku* bude zjišťováno, zda informace získané z prvního dotazníku by opravdu motivovaly potenciální pojištěnce k přechodu k nové zdravotní pojišťovně. Na základě těchto výsledků bude vytvořen návrh stavby preventivního programu tak, aby byl vyčerpán celý možný rozpočet. Celkové znění dotazníku a jeho výsledky jsou uvedeny v příloze č. 1. – 4.

7) BENCHMARKING

Benchmarking je považován za jednu ze základních metod vyhodnocování a zjišťování údajů o dané konkurenci. Tato metoda je založena na srovnávání s největším konkurentem v oboru, kdy proces porovnávání výsledků probíhá mezi tímto konkurentem a vlastním podnikem. Benchmarking je však především předmětem zdokonalování vlastního podniku na základě učení se od druhých. Každou informaci získanou prostřednictvím benchmarkingu je proto důležité využít, popřípadě modifikovat k dosažení určité změny zlepšováním služeb poskytovaných zákazníkům. [21, 36]

Předmětem srovnání může být výrobek, služba, kvalifikace personálu, materiál, technika, materiální prostředí, financování apod. Záměrem benchmarkingu je určení cílů podniku tak, aby podnik mohl započít realistický proces zlepšování a zároveň aby porozuměl změnám, jež jsou k určitému zlepšování procesů důležité. Důsledky benchmarkingu mohou být efektivnější rozhodování, větší úspora nákladů či stanovení náročnějších cílů organizace. V závěru to znamená celkové zvýšení konkurenceschopnosti společnosti.[11, 21]

Benchmarking má několik typů, kdy typ metody je určován na základě srovnávaných veličin, přičemž v této diplomové práci je využit benchmarking konkurenční, který se zaměřuje na produkt a jeho srovnání s přímými konkurenty. Konkurenční benchmarking je využíván mezi podniky, jež nabízejí homogenní nebo podobný produkt nebo službu. [11]

Využití v praktické části

Benchmarking byl využit pro srovnání nabídky preventivního programu všech zdravotních pojišťoven v ČR. Pro jasné srovnání byl vytvořen záznamový arch, do kterého se vyplňovaly jednotlivé výše úhrad položek, které byly předem stanoveny na základě dotazníkového šetření. Na základě těchto informací seřazených do jednoho přehledného archu, bude následně doporučeno nové portfolio nabízených služeb pro nabídku preventivního programu RBP a výše příspěvků přepočtená na osobu.

3 Představení Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny

V této kapitole jsou uvedeny základní informace týkající se Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny, na kterou se v druhé části diplomové práce vztahují analýzy a podrobné řešení hospodaření.

3.1 Historie vzniku

Název Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna vznikl ve spojitosti s horníky, jež přicházeli z rudných dolů v Jeseníkách, ze střední Moravy, ale i z Čech a z Horního Slezska, kdy první takovou pokladnu založili horníci z Krušných hor v roce 1802. Z rudných dolů se do uhelného hornictví rozšířily počátky hornického pojištění (pokladny hornických bratrstev) do nichž havíři přispívali určitým podílem ze mzdy. [33]

Revírní bratrská pokladna byla zřízena v souladu s ustanovením § 3 zák. č. 280/1992 Sb. Rozhodnutím MPSV č. j. 23-901/1993 ze dne 29. 1. 1993. Usnesením vlády ČR č. 427 ze dne 21. 8. 1996 byla schválena žádost Revírní bratrské pokladny a Moravské zdravotní pojišťovny o povolení sloučení těchto pojišťoven. Na jeho základě Ministerstvo zdravotnictví vydalo dne 28. 8. 1996 Rozhodnutí č. j. 19499/1996 k povolení sloučení obou subjektů ke dni 1. 9. 1996 pod společným názvem Revírní bratrská pokladna v Ostravě, zaměstnanecká zdravotní pojišťovna se sídlem na Slezské Ostravě, Michálkovická 108. [45]

Organizace, jež se podílely na založení RBP:

- Ostravsko-karvinské doly, a.s. Ostrava,
- Českomoravské doly, a.s. Důl ČSM Stonava,
- Důlní průzkum a bezpečnost, a.s. Paskov,
- Ferrum, a.s., Frýdlant nad Ostravicí,
- Jihomoravské lignitové doly, s.p. Hodonín,
- Vědecko - výzkumný uhelný ústav, a.s. Ostrava - Radvanice,
- TATRA, a.s. Kopřivnice,
- MAGNETON, a.s. Kroměříž,
- MASSAG, a.s. Bílovec,
- Moravskoslezská vagónka, a.s. Studénka,
- Siemens, s.r.o. Frenštát pod Radhoštěm.

3.2 Základní informace

Základní a kontaktní údaje

- Identifikační kód: 213 - pod tímto kódem se účtuje zdravotní péče
- Počet pojištěnců (k 31. prosinci 2015): **431 579**
- Sídlo: Michálkovická 108, Slezská Ostrava 710 15
- IČ: 476 73 036
- Datová schránka: edyadmh
- E-mail: rbp@rbp-zp.cz
- Telefon:
 - 596 256 111 – spojovatel
 - 800 213 213 – „bezplatná infolinka“ - Nonstop
 - 840 111 245 – „telefonní lékař“ – Nonstop

Lokální působení - Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna je 2. nejmenší zdravotní pojišťovnou v ČR, kdy její širší působení se převážně stahuje na oblast Moravy a Slezska. Zdravotnická péče RBP je poskytována převážně v tradičně hornických oblastech severní Moravy, Slezska, Hodonínska a po sloučení s Moravskou zdravotní pojišťovnou v roce 1996 byla oblast působení rozšířena o střední Moravu. Dostupnost služeb a přímý styk s klienty zabezpečuje síť 42 kontaktních míst. [44]

Portfolio pojištěnců – v uvedené tabulce 3.1 jsou uvedeny informace ohledně počtu pojištěnců a to vždy k 31. prosinci daného roku. Z uvedené tabulky je zřejmé, že od roku 2012 do roku 2015 vznikl přírůstek pojištěnců o 14.388 pojištěnců, což představuje navýšení o 3,45 %. Počet státních pojištěnců tvoří od roku 2012 do 2015 v průměru 60 %.

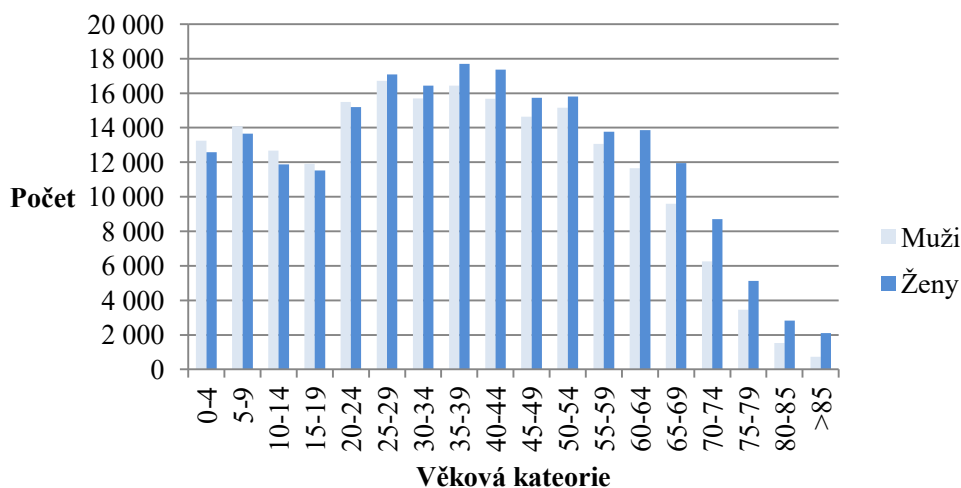
Tab. 3.1 – Počty pojištěnců k 31. prosinci daného roku

U k a z a t e l	Rok			
	2012	2013	2014	2015
Počet pojištěnců	417 191	418 749	429 916	431 579
Průměrný počet pojištěnců	416 217	418 148	428 627	430 920
<i>V tom: státem hrazení</i>	250 943	252 279	258 366	254 884
Počet zaměstnanců	212	215	217	217
Počet pojištěnců na 1 zaměstnance	1 968	1 948	1 981	1 989

Zdroj: vlastní zpracování dle [45, 46, 47, 48]

V uvedeném grafu 3.1 je uvedeno věkové rozložení pojištěnců RBP, a to k 31. prosinci 2015. Největší zastoupení pojištěnců je ve věkovém rozpětí od 35-39 let.

Graf 3.1 – Portfolio pojištěnců dle věkových kategorií k 31. prosinci 2015



Zdroj: vlastní zpracování dle interních dat RBP

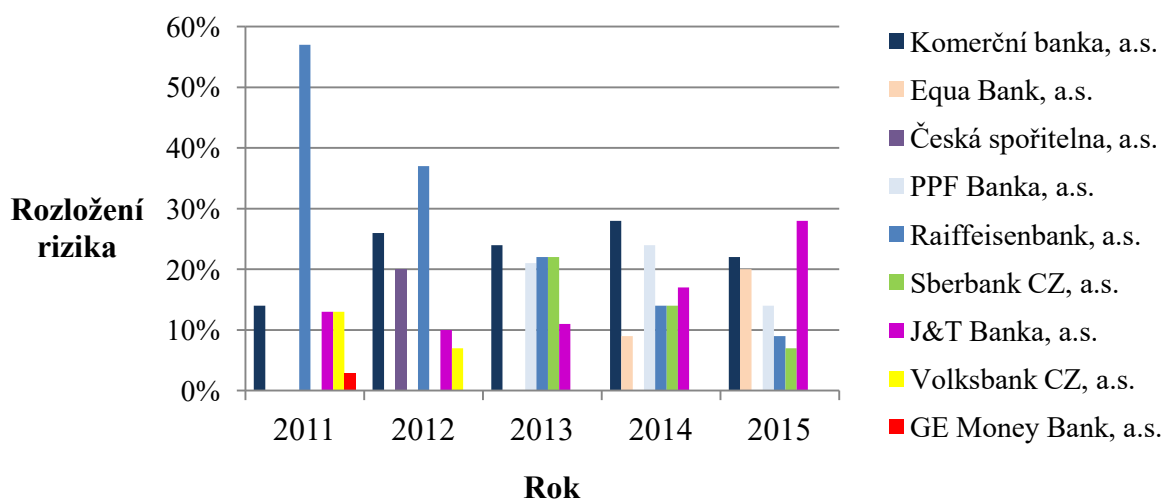
Informační systém - RBP pro zajišťování své činnosti disponuje informačním systémem, který je aktivní v prostředí klient - servis (všichni uživatelé pracují se shodnými daty). Využívá relační databázi, která slouží k ukládání informací a nově zadaných stavů. V systému lze pracovat s registrem pojištěnců a firem, vedením evidence výběru a kontroly plateb pojistného, sledováním účetnictví, sledování skladového hospodářství, řešení výkonu spisové služby či podpora vymáhání pohledávek a náhrad škod. [39, 40] Největší plánovanou investicí RBP je z dlouhodobého horizontu vznik nového informačního systému, kdy plánované ukončení procesu je předpokládáno k srpnu roku 2016, přičemž ostré nasazení programu bude implementováno od 1. ledna 2017. [48]

E-aplikace - RBP zpřístupnila pro své pojištěnce aplikaci MojeRBP, kterou je možno využívat jak na pevných počítačích, tak v mobilních zařízeních. Tato aplikace umožňuje svým klientům např. kontrolu platnosti průkazu pojištěnce, ověření smluvního vztahu s poskytovateli zdravotních služeb, online komerční pojištění do zahraničí, kontrolu preventivních prohlídek a vykázané zdravotní péče apod. V současné době je aplikace MojeRBP přizpůsobena pouze na platformu Android, kdy v horizontu jednoho roku by měla být upravena k použití také pro platformy iOS. [48]

Strategie – Za účelem poskytování co nejkvalitnějších služeb vůči svým pojištěncům zajišťuje RBP pravidelné školení svých zaměstnanců, a to převážně při každé legislativní změně. Vzhledem ke stávající legislativě, která z velké míry ovlivňuje míru možných poskytovaných služeb nad rámec zdravotního pojištění, se stává nedílnou součástí konkurenceschopnosti celková úroveň nabízeného servisu, dostupnost či komunikace prostřednictvím jednateleství a komunikačních kanálů (MojeRBP, webové stránky, facebookový profil, call centrum). [48]

RBP v zájmu zachování ekonomické stability pečlivě zvažuje veškeré vynakládání finančních prostředků, což prezentují dlouhodobé hospodářské výsledky pojišťovny. RBP si zakládá na neustálém posilování důvěry stávajících i potenciálních pojištěnců a budování dobré image spolehlivého partnera. RBP eviduje ve všech svých spravovaných fondech kladné zůstatky, které jsou deponovány v několika tuzemských bankovních účtech, pro diverzifikaci rizika z potenciálního znehodnocení a dosažení optimálních úrokových sazeb. [47, 48] V následujícím grafu 3.2 je daný vývoj rozložení rizika prezentován pro každý rok k datu 31. prosince, jež se každoročně dle výhodnosti úrokové sazby mění.

Graf 3.2 – Rozložení rizik uložených finančních prostředků ZFZP



Zdroj: vlastní zpracování dle [44, 45, 46, 47, 48]

3.3 Organizační struktura

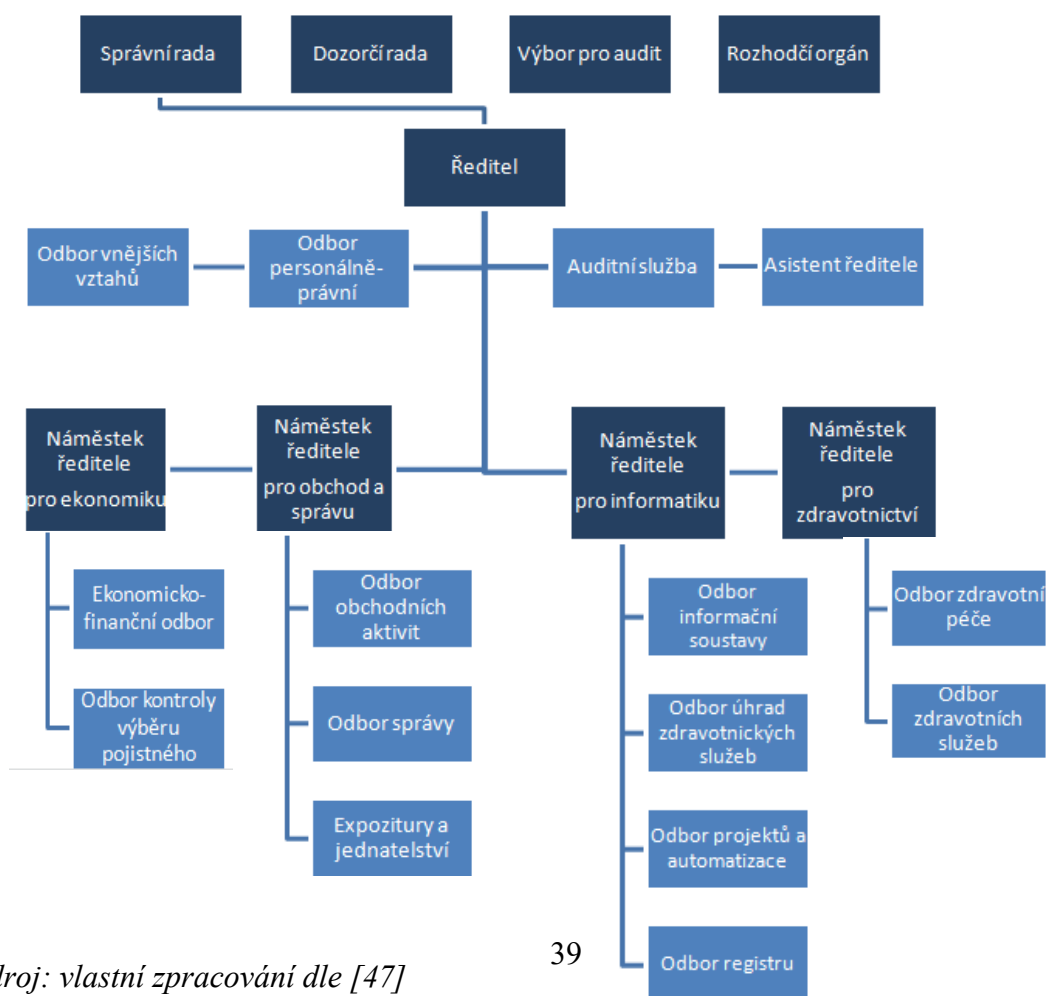
Organizační strukturu pojišťovny ve smyslu platného statutu tvoří ředitelství RBP a expozitury, které jsou rozloženy převážně na Moravě a ve Slezsku.

Celková organizační struktura je členěna do útvaru ředitele s 35 pracovními místy, do útvaru náměstka pro obchod a správu s 94 pracovními místy (včetně expozitur), do útvaru náměstka pro ekonomiku s 29 pracovními místy, do útvaru náměstka pro zdravotnictví s 19 pracovními místy a do útvaru náměstka pro informatiku s 43 pracovními místy. Podrobné zpracování organizační struktury je uvedeno v obrázku 3.3.

Expozitury, jež tvoří stěžejní místa pro styk s klienty, poskytovateli zdravotních služeb a plátcí pojistného, zastřešují vždy určitý počet jednatelství.

Skladba deseti expozitur a jejich jednatelství odpovídá potřebě dostupnosti poskytovaných služeb vzhledem k alokaci klientů.

Obr. 3.3 - Organizační schéma



Zdroj: vlastní zpracování dle [47]

3.4 Nabídka preventivního programu

Mezi základní strategické cíle a priority činnosti RBP řadí management pojišťovny právě stabilizaci portfolia pojištěnců. Pro podporu stabilizace počtu pojištěnců vytváří RBP fond prevence s určitou nabídkou preventivních programů, které mají za účel podpořit oblast zdravotní prevence a zlepšené zdravotní péče. Tento záměr RBP podporuje prostřednictvím udržení a rozšíření nabídky tradičních služeb orientovaných na potřeby zaměstnanců „zakladatelských organizací“ a ostatní pojištěnce. [47]

Preventivní program se vždy vytváří na základě předchozích období. Vychází se z finančních prostředků, které byly stanoveny na dané období celkem a finanční prostředky na daný nadstandard. V interních podkladech RBP se sleduje jejich čerpání a dle této pravděpodobnosti se vychází pro další období.

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna nabízí pojištěncům soubory aktivit, což je většinovým pravidlem pro každý rok. Pro uvedení nabídky preventivních programů jsou prezentovány nadstandardy pro rok 2016 [32, 33]:

Balíčky prevence

- Děti do 6 let – čerpání podbalíčků v celkové hodnotě do 1.000 Kč
 - Podbalíček očkování – čerpání až 1.000 Kč
 - *Libovolné preventivní očkování.*
 - Podbalíček podpora zdraví I. – čerpání až 500 Kč
 - *Nákup potravin určených dětem s diagnózou celiakie.*
 - Podbalíček podpora zdraví II. – čerpání až 500 Kč
 - *Nákup monitoru dechu pro děti do 6 měsíců věku.*
 - *Organizované plavání.*
 - *Školku v přírodě trvající minimálně 5 dní.*
 - Podbalíček podpora zdraví III. – čerpání až 300 Kč
 - *Nákup mléčné výživy ve formě mléka v lékárnách nebo od výrobce pro děti do 1 roku věku.*
 - *Organizované cvičení rodičů s dětmi.*
 - *Nákup léčiva na fluoridaci zubů v lékárnách – čerpání do 100 Kč.*
 - *Nákup vitamínů v lékárnách od 3 let věku - čerpání do 100 Kč.*

- Mládež od 7 do 18 let – čerpání podbalíčků v celkové hodnotě do 1.000 Kč
 - Podbalíček očkování – čerpání až 1.000 Kč
 - *Libovolné preventivní očkování nehrazené z veřejného zdravotního pojištění kromě očkování do ciziny a očkování proti rakovině děložního čípku (genitálním bradavicím), které je pojištěncům hrazeno z bonusového programu.*
 - Podbalíček stomatologie – čerpání až 500 Kč
 - *Léčba vadného růstu chrupu fixním nebo snímatelným aparátem.*
 - Podbalíček podpora zdraví I. – čerpání až 500 Kč
 - *Nákup potravin určených dětem a mládeži s diagnózou celiakie.*
 - Podbalíček podpora zdraví II. – čerpání až 500 Kč
 - *Organizované plavání dětem do let.*
 - *Účast v programu STOB (stop obezité).*
 - *Preventivní vyšetření pigmentových změn kůže jednou ročně.*
 - Podbalíček podpora zdraví III. – čerpání až 300 Kč
 - *Periodická prohlídka registrovaných sportovců.*
 - *Nákup vitamínů v lékárnách – čerpání do 100 Kč.*
- Pojištěnci starší 19 let – čerpání podbalíčků v celkové hodnotě do 1.000 Kč
 - Podbalíček očkování – čerpání až 1.000 Kč
 - *Úhrada kteréhokoliv preventivního očkování nehrazeného z veřejného zdravotního pojištění kromě očkování do ciziny a očkování proti rakovině děložního čípku, které je pro stanovenou věkovou kategorii pojištěncům hrazeno z bonusového programu.*
 - Podbalíček podpora zdraví I. – čerpání až 300 Kč
 - *Nákup potravin určených pojištěncům s diagnózou celiakie.*
 - *Ošetření rázovou vlnou jednou ročně.*
 - *Genetické vyšetření provedené u renomované laboratoře.*
 - Podbalíček podpora zdraví II – čerpání až 300 Kč
 - *Periodická prohlídka registrovaných sportovců.*
 - *Nákup vybraných léčivých přípravků při nezhoubném zbytnění prostaty u mužů nad 45 let věku.*

- *Nákup vybraných hormonálních přípravků předepsaných ošetřujícím lékařem a nehormonálních přípravků na prevenci osteoporózy a negativních menopauzálních stavů u žen nad 40 let věku.*
- *Nákup fixačních a čistících prostředků pro celkové zubní náhrady v lékárnách u pojištěnců nad 60 let věku.*
- *Nákup vitamínů v lékárnách – čerpání do 100 Kč.*
- **Podbalíček Zdraví ve svých rukou – čerpání až 500 Kč**
Komplexní vyšetření lékařem na kardiovaskulární a metabolické onemocnění, včetně laboratorního vyšetření pojištěncům od 40 do 60 let jednou ročně.
 - *Mamografické vyšetření prsů ženám od 40 do 44 let nebo ultrasonografické vyšetření prsů ženám do 44 let.*
 - *Vyšetření na okultní krvácení ve stolici pojištěncům do 49 let.*
 - *Preventivní vyšetření prostaty, včetně laboratorního vyšetření, mužům jednou za 2 roky.*
 - *Preventivní vyšetření pigmentových změn kůže jednou ročně.*
Příspěvek na denzitometrické vyšetření jednou za 2 roky ženám nad 40 let.
- **Podbalíček pro těhotné ženy – čerpání až 700 Kč**
 - *Kurz psychoprofylaxe a těhotenského tělocviku, tj. přípravy ženy k porodu.*
 - *Nákup vitamínů v lékárnách v době těhotenství.*
 - *Provedení epidurální analgezie při porodu.*
 - *Provedení ultrazvukového vyšetření plodu v I. trimestru.*
 - *Nákup porodnického gelu.*

Bonusový program

Nad rámec balíčků preventivních programů v hodnotě 1.000 Kč nabízí RBP úhradu dalších výhod nebo vyšetření. Všechny aktivity uvedené jako bonusový program se do uvedené hodnoty balíčku nezapočítávají. Do tohoto programu řadíme:

- *Očkování děložního čípku - čerpání do 4.000 Kč (do věku 30 let).*
- *Léčebné pobyty dětí v Černé Hoře nebo na Slovensku.*
- *Program Zdraví 90 – čerpání do 500 Kč na pohybové aktivity či nákup v lékárně.*
- *Příspěvek pro dárce krve dle počtu odběrů.*

3.5 Hospodaření

V následující kapitole byly vytvořeny přehledné tabulky týkající se hospodaření, a to vždy k 31. prosinci daného roku. Finanční údaje zachycují období od roku 2012 do roku 2014 ze schválených výročních zpráv, přičemž loňský rok 2015 je zpracován dle materiálu k připravované výroční zprávě za rok 2015 a zdravotně pojistného plánu 2015. V následujících tabulkách jsou uvedeny příjmy pojišťovny a náklady na zdravotní služby.

3.5.1 Příjmy

Dle níže uvedené tabulky 3.2 je zřejmé, že *celkové příjmy přepočtené na jednoho pojištěnce* se od roku 2012 do roku 2015 zvýšily o 2.372 Kč, což představuje nárůst o 13 %. Na základě zákona č. 109/2014 Sb. se průběžně měnily vyměřovací základy pojistného pro státem hrazené státní pojištěnce. Toto navyšování zapříčinilo nárůst příjmů. Např. v roce 2014 se vyměřovací základ pro státní pojištěnce změnil na výši 6.259 Kč. Tento zákon nabyl účinnosti dne 1. července 2014 – od tohoto data se tudíž platba na jednoho pojištěnce hrazeného státem zvýšila o 58 Kč z původních 787 Kč na 845 Kč. [28]

Meziroční nárůst (2014/2015) *příjmů* na jednoho pojištěnce se zvýšil o 4,27 %, což představuje 846 Kč. *Průměrná výše příjmů* na jednoho pojištěnce činí 19.283 Kč.

Příjmy, jež plynou čistě z přerozdělení a vztahují se převážně ke státním pojištěncům, tvoří v průměru 27 % z celkových příjmů RBP z veřejného zdravotního pojištění.

Tab. 3.2 – Příjmy k 31. prosinci daného období

U k a z a t e l	Měrná jednotka	Rok			
		2012	2013	2014	2015
Příjmy celkem (tzv. rozvrhová základna)	tis. Kč	7 617 901	7 661 587	8 499 072	8 959 858
	Kč/1poj.	18 303	18 323	19 829	20 675
Z toho: příjmy z pojistného	tis.Kč	5 717 950	5 763 286	5 998 461	6 393 952
	Kč/1poj.	13 738	13 783	13 995	14 837
příjmy z přerozdělení	tis. Kč	1 856 103	1 849 261	2 454 708	2 515 922
	Kč/1poj.	4 459	4 423	5 727	5 838
ostatní příjmy	tis. Kč	43 848	49 040	45 903	49 984
	Kč/1poj.	105	117	107	116

Zdroj: vlastní zpracování dle interních dat RBP a VZ [45, 46, 47, 48]

3.5.2 Náklady

Dle níže uvedené tabulky 3.3 je zřejmé, že **celkové náklady přepočtené na jednoho pojištěnce** se od roku 2012 do roku 2015 zvýšily o 2.258 Kč, což představuje nárůst o 12,9 %. Celkové náklady přepočtené na jednoho pojištěnce v časovém horizontu od 2012 - 2015 jsou téměř přímo úměrné navyšování příjmů na jednoho pojištěnce.

Meziroční nárůst (2014/2015) **nákladů** na jednoho pojištěnce se zvýšil o 0,28 %, což představuje 56 Kč. **Průměrná výše nákladů** na jednoho pojištěnce činí 18.858 Kč.

Z nákladů na zdravotní péči vychází **jako nejnákladnější** oblast lůžkové péče, jež představuje v průměru téměř 47 % z celkových nákladů na celkovou zdravotní péči.

Mezi ostatní náklady na zdravotní péči se řadí např. lázeňská léčebně rehabilitační péče, služby v ozdravovnách, léky na recepty, vratky nad limit, očkovací látky apod.

Tab. 3.3 – Náklady k 31. prosinci daného období

U k a z a t e l	Měrná jednotka	Rok			
		2012	2013	2014	2015
Náklady na zdravotní služby celkem	tis. Kč	7 310 800	7 641 623	8 472 526	8 542 400
	Kč/1 poj.	17 565	18 275	19 767	19 823
<i>V tom: Na ambulantní péči</i>	tis.Kč	2 349 630	2 388 654	2 626 778	2 726 505
<i>Na lůžkovou zdravotní péči</i>	tis.Kč	3 248 286	3 568 310	4 067 160	4 336 413
<i>Ostatní náklady na zdravotní péči</i>	tis. Kč	1 712 884	1 684 659	1 778 588	1 479 482

Zdroj: vlastní zpracování dle interních dat RBP a VZ [45, 46, 47, 48]

3.5.3 Výdaje

Dle níže uvedené tabulky 3.4 je uvedeno, že **celkové výdaje na vlastní činnost zdravotní pojišťovny** se od roku 2012 do roku 2015 zvýšily o 22.679 tis. Kč, což představuje nárůst o 8,4 %, přičemž maximální limit na vlastní činnost se od roku 2012 do roku 2015 snížil o 0,62 %. **Osobní náklady**, do nichž se řadí především mzdy zaměstnanců RBP apod., se od roku 2012 do roku 2015 zvýšily o 16 %, což představuje navýšení o 26.606 tis. Kč.

Meziroční nárůst (2014/2015) celkových výdajů na vlastní činnost se zvýšily o 0,3 %, představující 839 tis. Kč.

Nejvíce výdajů bylo ve srovnání s maximálním limitem na vlastní činnost vynaloženo v roce 2013, kdy pouze 0,02 % finančních prostředků na vlastní činnost nebylo využito. Naopak **nejúspěšnějším hospodařením** se prezentuje rok 2012, kdy bylo ve skutečnosti dosaženo výše výdajů 3,24 % z celkových možných 3,69 %, což představuje úsporu efektivnějšího hospodaření ve výši 0,45 %.

Tab. 3.4 – Výdaje k 31. prosinci daného období

U k a z a t e l	Měrná jednotka	Rok			
		2012	2013	2014	2015
Výdaje na vlastní činnost	tis. Kč	246 668	258 903	268 508	269 347
	Kč/1poj.	593	619	626	625
<i>V tom: osobní náklady celkem</i>	tis. Kč	137 159	146 669	156 503	163 765
	Kč/1poj.	330	351	365	380
<i>ostatní provozní výdaje</i>	tis. Kč	96 242	97 906	84 364	82 097
	Kč/1poj.	231	234	197	191
<i>pořízené investice</i>	tis. Kč	13 267	14 328	27 641	23 485
	Kč/1poj.	32	34	64	54
Podíl výdajů na vlastní činnost	%	3,24	3,38	3,16	3,01
Maximální limit na vlastní činnost z dosažené rozvrhové základny	tis. Kč	281 101	260 494	288 968	275 068
	Kč/1poj.	675	623	674	638
	%	3,69	3,40	3,40	3,07
Saldo příjmů a nákladů	tis. Kč	-17 848	-289 570	-308 325	-259 603

Zdroj: vlastní zpracování dle interních dat RBP a VZ [45, 46, 47, 48]

3.5.4 Zůstatky finančních prostředků na jednotlivých účtech

Dle níže uvedené tabulky 3.5 lze konstatovat, že **celkové zůstatky** finančních prostředků všech fondů na bankovních účtech se každoročně snižují, a to meziročně v průměru o 7,82 %.

Nejhodnotnějším fondem je samozřejmě základní fond, který absorbuje v průměru 75,5 % z celkových zůstatků finančních prostředků.

Naopak *nejnižším fondem* co se týče zůstatku na účtu ke konci období, je z níže uvedených sociální fond, který tvoří v průměru pouze 0,03 % z celkových zůstatků finančních prostředků zdravotní pojišťovny.

Zůstatky finančních prostředků ve fondu prevence se od roku 2012 do roku 2015 snížily o celých 63 %, což má za příčinu neustále se snižující úroková sazba vztahující se k hospodaření jednotlivých fondů a ze špatné platební morálky dlužníků.

Tab. 3.5. – Zůstatky na jednotlivých účtech k 31. prosinci daného období

U k a z a t e l	Měrná jednotka	Rok			
		2012	2013	2014	2015
Celkový zůstatek fin. prostředků všech fondů na bankovních účtech	tis. Kč	1 934 326	1 830 231	1 665 242	1 514 042
<i>V tom: základní fond</i>	tis. Kč	1 516 419	1 411 800	1 251 502	1 090 392
	Kč/1poj.	3 643	3 376	2 920	2 530
<i>rezervní fond</i>	tis. Kč	111 555	116 168	119 394	120 963
	Kč/1poj.	268	278	279	281
<i>fond prevence</i>	tis. Kč	77 656	63 455	37 267	28 805
	Kč/1poj.	187	152	87	67
<i>provozní fond</i>	tis. Kč	178 084	183 494	206 779	220 102
	Kč/1poj.	428	439	482	511
<i>fond reprodukce majetku</i>	tis. Kč	50 153	54 812	49 551	53 345
	Kč/1poj.	120	131	116	124
<i>sociální fond</i>	tis. Kč	459	502	749	435
	Kč/1poj.	1	1	2	1

Zdroj: vlastní zpracování dle interních dat RBP a VZ [45, 46, 47, 48]

3.6 Představení konkurence

V České republice poskytuje veřejné zdravotní pojištění mimo Revírní bratrskou pokladnu, zdravotní pojišťovnu také:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,
- Resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny:
 - Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky,
 - Česká průmyslová zdravotní pojišťovna,
 - Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,
 - Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,
 - Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR.

3.6.1 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (111)

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále také „VZP“) je českou nejstarší zdravotní pojišťovnou, která byla založena v roce 1992 na základě zákona č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně. Po celou dobu trvání svého působení je VZP považována jako hlavní pilíř zdravotního systému v České republice.

Uznáný kód této zdravotní pojišťovny je již od prvně počátku číslo 111. VZP je svou působností a počtem pojištěnců **největší zdravotní pojišťovnou v ČR**, kdy k 31. prosinci 2015 sčítala pojišťovna 5.934.297 pojištěnců.

Tato zdravotní pojišťovna disponuje centrálním registrem všech pojištěnců, jenž jsou vedeni v českém systému veřejného zdravotního pojištění. [5, 35]

3.6.2 Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (201)

Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (dále také „VoZP“) byla založena v roce 1993 ve vojenských a civilních zdravotnických zařízeních. Číselný kód této zdravotní pojišťovny je 201. VoZP měla prvotní účel zdravotního pojištění pro profesionální vojáky a studenty vojenských škol. Ovšem s postupem času byla tato zdravotní pojišťovna zpřístupněna i pro ostatní občany.

VoZP je **5. největší zdravotní pojišťovna** v České republice a k 31. prosinci 2015 sčítala přesně 709.141 pojištěnců. [15, 34]

3.6.3 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)

Dle rozhodnutí MPSV ČR byla k 1. prosinci 1992, zřízení Hutnická zaměstnanecká pojišťovna. Hutnická zaměstnanecká pojišťovna se v průběhu let rozšířila o další čtyři menší zdravotní pojišťovny (ZZP ATLAS, Zdravotní pojišťovna AGEL, Česká národní zdravotní pojišťovna a Metal-Alliance), které dohromady tvoří dnešní Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu (dále také „ČPZP). Cílem sloučení těchto všech zdravotních pojišťoven bylo vytvořit silný subjekt, zakládající na úzké spolupráci s českým průmyslem.

Číselným kódem této zdravotní pojišťovny je číslo 205. ČPZP je **3. největší zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou** s více než 100 pobočkami po celé České republice. Tato zdravotní pojišťovna měla k 31. prosinci 2015 přesně 1.214.611 pojištěnců. [15, 24]

3.6.4 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207)

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (dále také „OZP“) vznikla v roce 1992, kdy zakladatelem byl Svaz bank a pojišťoven. Při zakládání této zdravotní pojišťovny bylo nejprve myšleno pouze na pracovníky v oboru bankovníctví, pojišťovnictví, peněžnictví, teprve po úpravě legislativy se stala otevřenou pro veřejnost. Od roku 2000 byla OZP spojena se zdravotní pojišťovnou STAZPO a byla podporována Svazem podnikatelů ve stavebnictví v ČR, Odborovým svazem Stavba a Stavební cech soukromých podnikatelů.

OZP patří svou velikostí na **4. místo ze všech zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v ČR**. Číselným kódem této zdravotní pojišťovny je číslo 207. Tato zdravotní pojišťovna měla k 31. prosinci 2015 přesně 739.602 pojištěnců. [15,30]

3.6.5 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (dále také „ZPŠ“) byla zřízena ke dni 15. 10. 1992 na základě žádosti podané firmou ŠKODA, jež je automobilová akciová společnost v Mladé Boleslavi (ŠKODA AUTO, a.s.). Při vzniku byla tato zdravotní pojišťovna vedena převážně pro zaměstnance společnosti ŠKODA AUTO, a.s., až při legislativních změnách se postupně vyvinula v regionální zdravotní pojišťovnu pro širokou veřejnost se silnou vazbou na zakladatelskou firmu ŠKODA AUTO, a.s. [37]

V současné době má ZPŠ sídlo v Mladé Boleslavi a pobočky pouze na čtyřech místech, s čímž se pojí skutečnost, že tato zdravotní pojišťovna **je nejmenší zdravotní pojišťovnou v ČR**. ZPŠ měla k 31. prosinci 2015 dle hlášení 139.510 klientů. Číselným kódem této zdravotní pojišťovny je číslo 209. [15, 37]

3.6.6 Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR (211)

Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR (dále také „ZPMV ČR“) vznikla 26. října 1992, jejímž zakladatelem bylo Ministerstvo vnitra. Tato zdravotní pojišťovna měla z počátku záměr plnit funkci zdravotního pojištění pouze pro zaměstnance ministerstva, policie či hasiče. Mezi roky 1997 - 1998 došlo ke dvěma sloučením, a to se Zdravotní pojišťovnou Grál – Železniční zdravotní pojišťovnou a dále s Regionální zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou. [38]

Tato zdravotní pojišťovna je svým počtem pojištěnců považována *za 2. největší zdravotní pojišťovnu v ČR*. ZPMV ČR sčítala dle hlášení k 31. prosinci 2015 1.262.719 pojištěnců. Číselný kód této zdravotní pojišťovny je 211. [15, 38]

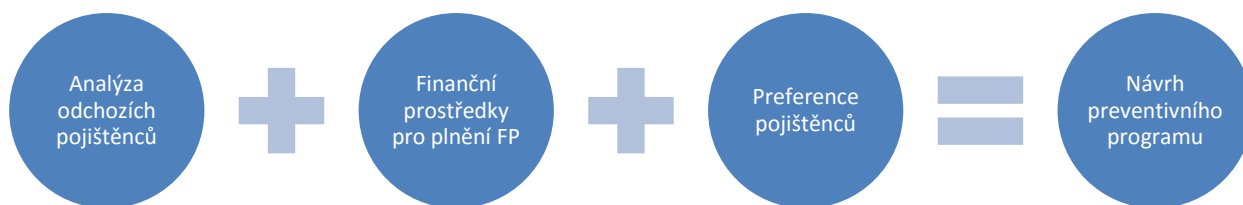
4 Analýza RBP-ZP pro zjištění nedostatků současného stavu v oblasti řízení a rozpočetnictví

V následující kapitole jsou uvedeny základní informace týkající se řešení identifikovaného problému pro následnou analýzu a technické informace o dotazníkovém šetření a benchmarkingu. Stěžejní součástí této kapitoly je analýza odchodích pojištěnců, analýza finančních prostředků fondu prevence a zjištění preferencí pojištěnců vztahující se k vhodné nabídce preventivního programu, což by mělo eliminovat odchody pojištěnců, na základě kterých se odvíjí celé hospodaření RBP.

Analýza byla tvořena na základě získaných údajů dle preferencí potenciálních pojištěnců vycházejících z dotazníkového šetření, daného rozpočtu, plnění fondu prevence, benchmarkingu a interních dat od roku 2012 – 2015. Na základě této analýzy bude poté v kapitole 5 *navrženo rozpočetnictví pro preventivní program*, vztahující se pro nejbližší možné období. Pro výpočet a prezentaci potenciálních finančních prostředků určených na fond prevence, bylo využito interních dat a výsledků prezentovaných ve výročních zprávách. V těchto podkladech byly zjišťovány stavy předepsaného, odepsaného a přijatého penále, jež plyne z nevčasných úhrad za zdravotní pojištění od OBZP.

Celkový postup analýzy pro zjištění nedostatků současného stavu v oblasti řízení a rozpočetnictví týkající se fondu prevence je znázorněn v níže uvedeném obr. 4.1.

Obr. 4.1 – Postup analýzy pro zjištění nedostatků současného stavu



Zdroj: vlastní zpracování

4.1 Technické informace analýzy

V této kapitole je uvedena kostra informací pro další řešení a analyzování dat. Je zde identifikován problém subjektu a stručný postup analýzy.

Identifikace problému

Hlavní problém – neefektivní hospodaření s finančními prostředky v oblasti fondu prevence, který má úzkou spojitost s odchody pojištěnců, což vede ke stagnaci celkových hospodářských výsledků. Veškeré příjmy zdravotní pojišťovny se vážou na počet pojištěnců, na které připadá určitá část příjmu dle přerozdělovacího mechanismu. S nižším počtem pojištěnců má samozřejmě zdravotní pojišťovna menší příjmy. ***RBP nestanovuje rozložení finančních prostředků fondu prevence dle žádných preferencí pojištěnců, což vede k odchodům nespokojených klientů.***

Dílčí problémy – problém, který je úzce spojen s hlavním problémem, je špatná vymahatelnost penále za OBZP, ze kterých se plní fond prevence, jež tvoří jeden ze základních elementů, které ovlivňují potenciální pojištěnce k přestupu k nové zdravotní pojišťovně. S vyšším výběrem penále za OBZP by dosahoval vyšší úrovně naplnění fondu prevence, ze kterého se hradí nabídka preventivních programů pro své pojištěnce. Fond prevence se naplňuje pouze z přijatých úroků od bank a výnosů z pokut a penále, jež daná zdravotní pojišťovna uloží pojištěnci za daný delikt (neproběhla včasná úhrada zdravotního pojištění, nesplnění oznamovací povinnosti). Druhým dílčím problémem, který je úzce spojen s neefektivním hospodařením s finančními prostředky fondu prevence, je portfolio odchodících pojištěnců, které je zapotřebí stanovit pro další zacílení tvorby preventivního programu.

Postup analýzy

1. Identifikace věkového portfolia odchodících pojištěnců.
2. Identifikace potenciálu zůstatku na fondu prevence.
3. Identifikace konkurenční nabídky v oblasti preventivního programu.
4. Na základě dotaz. šetření stanovit důležitost vybraných položek prevent. programu.
5. Na základě dotaz. šetření stanovit průměrnou výši příspěvku na vybraný nadstandard.
6. Na základě kombinace využití výsledků 1. - 5., stanovit efektivní rozpočet fondu prevence tak, aby byli potenciální pojištěnci motivováni přidat se mezi klienty RBP.

4.1.1 Dotazníkové šetření

Byly vytvořeny dva dotazníky, přičemž *první dotazník* měl prezentovat požadavky pojištěnců na preventivní programy a určovat obecné informace, jaké elementy je při výběru zdravotní pojišťovny motivují. Zadání obou dotazníků a jejich výsledky jsou uvedeny v příloze č. 1 – 4.

Technické informace - dotazník byl spuštěn v období od 29. února 2016 do 7. března 2016, přičemž byl vyplněn celkem 140 respondenty. Dotazník obsahoval deset otázek s návratností 91,7 %.

V druhém dotazníku bylo zjišťováno, zda informace získané z prvního dotazníku týkající se stavby portfolia preventivního programu dle preferencí respondentů, by zapříčinily motivaci potenciálních pojištěnců k přechodu k nové zdravotní pojišťovně, tedy k RBP.

Technické informace – druhý dotazník byl otevřen k vyplňování v den ukončení prvního dotazníku, protože výsledky prvního dotazníku byly stěžejní pro tvorbu otázek dotazníku druhého, který se vztahoval k výsledkům preferencí respondentů. Období trvání dotazníku bylo tedy od 7. března 2016 do 10. března 2016, který vyplnilo 137 respondentů. Dotazník obsahoval již pouze pět otázek, díky čemuž byla úroveň návratnosti 96,5 %.

Na základě těchto výsledků je v kapitole 5 vytvořen návrh stavby preventivního programu tak, aby byl vyčerpán celý možný rozpočet a portfolio nadstandardů by korespondovalo s výsledky analýzy.

4.1.2 Benchmarking

Prvním krokem pro možné použití metody benchmarkingu bylo *vytvoření záznamového archu*, který obsahuje 66 položek. Jednotlivé položky byly sestaveny na základě brainstormingu, prostřednictvím kterého bylo vytyčeno 11 položek pro dospělé a 9 položek pro děti a mládež, které se týkají nadstandardů, jež RBP neproplácí, ale existuje zájem ze strany klientů. Ostatní položky byly stanoveny na základě současné nabídky preventivních programů RBP, pro možné srovnání s ostatními konkurenčními zdravotními pojišťovnami. V druhé části benchmarkingu jsou sepsány poznámky k vybraným aktivitám, které jsou důležité pro ucelení informace týkající se proplácení vybrané aktivity. V tabulce jsou vždy u každé aktivity žlutě znázorněny příspěvky té zdravotní pojišťovny, která

poskytuje svým pojištěncům nejvyšší příspěvek.

Prostřednictvím internetových stránek jednotlivých zdravotních pojišťoven byly zjišťovány výše příspěvků na vybrané aktivity, přičemž pro větší vypovídací hodnotu, byla všem zdravotním pojišťovnám zaslána žádost o vyplnění výše příspěvků prostřednictvím e-podatelen. Pouze Česká průmyslová zdravotní pojišťovna a zdravotní pojišťovna Škoda byly ochotné vyhovět požadavku. Ostatní zdravotní pojišťovny buď nereagovaly, nebo byla jejich odpověď záporná. Proto tedy u zbylých zdravotních pojišťoven bylo vycházeno pouze z veřejně dostupných informací uvedených na internetových stránkách. Pouze u Oborové zdravotní pojišťovny nejsou vyplněny všechny pole o výši příspěvků, protože tato zdravotní pojišťovna nebyla ochotna spolupracovat a na internetových stránkách nemají uvedeny všechny výše příspěvků, ale pouze informaci, že uvedený nadstandard poskytují – proto tedy je v záznamovém archu místo výše příspěvku uvedeno pouze „ano“ nebo „0“. Většina jejich příspěvků je proplácena na základě účasti v programu E-Vito, kde klienti sbírají určité body za splnění podmínky (preventivní prohlídky apod.) a dle počtu bodů poté mohou využít určitou výši příspěvku na jimi vybraný nadstandard.

Součástí záznamového archu jsou také **informace o požadavcích klientů**, jež vychází z dotazníkového šetření. U vybraných položek (obsažené v dotazníku) je uvedeno procentuální vyjádření, kolik respondentů by uvítalo v portfoliu nadstandardů danou položku a zároveň je u těchto nadstandardů uvedeno procentuální vyjádření, uvádějící **úroveň vlivu pro přechod k nové zdravotní pojišťovně**, a to v případě, že by vybraná položka byla zdravotní pojišťovnou hrazena. Procentuální vyjádření o požadavcích klientů a úrovni vlivu pro přechod k nové zdravotní pojišťovně je tedy uveden pouze u položek vyjmenovaných v dotazníku.

Poslední součástí benchmarkingu je vypočtena **průměrná výše příspěvku dané položky**, která byla vypočtena pouze z konkurencí hrazených položek. To znamená, že v případě, kdy tři zdravotní pojišťovny ze sedmi proplácejí např. snímatelná rovnátka, byla vypočtena průměrná úhrada pouze z těchto tří zdravotních pojišťoven, aby byl výsledek použitelný pro možný návrh proplácení ze strany RBP a zároveň byla výše příspěvku konkurenceschopná. Celkové znění záznamového archu pro benchmarking je uvedeno v příloze č. 5.

4.1.3 Výpočet rozpočtu fondu prevence

SOUČASNOST VÝPOČTU

V současnosti je způsob rozpočetnictví založen pouze na základě výše rozpočtů jednotlivých benefitů vycházející z minulých období, jež udává níže uvedený vzorec (4.1.) Nabídka benefitů se stále v průběhu období mění na základě dané finanční situace RBP a umožňující legislativy.

Výpočet rozpočtu pro budoucí rok

$$R = \frac{\sum a}{b} \cdot x \quad (4.1)$$

a..... náklady na čerpání benefitů minulého období v měsících leden – srpen

b..... počet měsíců (leden – srpen)

x..... počet měsíců, na které má být počítán rozpočet, (pravidelně 12 nebo 13)

R..... rozpočet

Nadstandardy se pravidelně proplácí pouze do listopadu daného roku, tedy 11 měsíců. Pro stanovení hodnoty neznámé **x**, je pravidelně využíváno 12 nebo 13 měsíců, a to pro možnou rezervu finančních prostředků v průběhu čerpání.

NÁVRH VÝPOČTU

V kapitole 5 bude představen návrh možného způsobu rozpočetnictví na základě výsledků analýzy a to tak, aby byly upřednostněny úhrady preventivních bonusů pro odchozí pojištěnce ve vybrané věkové kategorii. Finanční prostředky příspěvků, které nejsou dle rozpočtu příliš využívány, budou převedeny na jinou položku dle dotazníkového šetření.

Rozpočet RBP - Podrobné rozpočty od roku 2012 do roku 2016 jsou uvedeny v příloze 7, na základě kterých byl navržen nový rozpočet, a to tak, aby korespondoval s preferencemi pojištěnců a eliminoval odchody svých klientů. Rozpočty jsou akceptovány již od roku 2012, aby mohlo být stanoven předpoklad potřebné a využité celkové sumy k dané aktivitě, jež byly hrazeny např. pouze v roce 2012, a v roce 2015 již úhradu příspěvku zrušili.

Postup výpočtu návrhu rozpočtu

1. Na základě výsledků analýzy odchozích pojištěnců, dotazníkového šetření a benchmarkingu, budou vyškrtнуты benefity, které nejsou důležité nebo jsou využívány v malém objemu, aby mohla být navržena optimální nabídka preventivních programů.
2. Hodnota finančních prostředků, která zůstane po vyřazení nebo snížení nepotřebných benefitů, bude využita pro sestavení celkového rozpočtu pro vybrané aktivity, jež vyjdou dle dotazníkového šetření jako preferované ze strany respondentů (viz. příloha č. 8).
3. Dle výsledků odchozích pojištěnců v % vyjádření, vypočíst odpovídající část z celkového rozpočtu – věková kategorie 0-18 let, 19-44 let a ostatní (45 a více let) – kategorie ostatní bude poté vydělena dvěma a každá polovina finančních prostředků bude rovnoměrně rozdělena pro kategorii děti a mládež do 18 let a dospělí nad 19 let.
4. Na každý z vybraných benefitů je dle výpočtu část rozpočtu, která vychází z procentuálních výsledků dotazníkového šetření → dle % důvodů k přechodu k nové zdravotní pojišťovně (viz. příloha č. 4) + zároveň návrh rozpočtictví vychází ze zkušeností minulých let. Všechny tyto údaje se zahrnují do výpočtu, který je zobrazen níže ve vzorcích (4.2) – (4.8).

Postup návrhovaného výpočtu rozpočtu

1. Celkový příděl finančních prostředků dle věkové kategorie odchozích pojištěnců na vytyčený soubor benefitů:

$$PFPV = CR \cdot \frac{VPOP}{100} \quad (4.2)$$

2. Výpočet jednoho hlasu:

$$VJH = \frac{PR}{\sum h} \quad (4.3)$$

3. Hodnota přepočtu hlasů u benefitu X:

$$PH_x = VJH \cdot h_x \quad (4.4)$$

4. Procentuální příděl finančních prostředků na benefit X:

$$PFP_x = \frac{PH_x}{PR} \cdot 100 \quad (4.5)$$

5. Rozpočet na benefit X:

$$R_x = PFP_x \cdot CR \quad (4.6)$$

6. Určení výše příspěvku na benefit X/ na osobu:

$$a) \quad P'U_x = \frac{Rx0}{VPx0} \quad (4.7)$$

↓

$$b) \quad VP_x = \frac{Rx1}{P'U_x} \quad (4.8)$$

Legenda:

CR..... celkový rozpočet

h..... hlas pro benefit X

PFP_x..... procentuální přiděl finančních prostředků na benefit X

PFPV přiděl finančních prostředků dle věkové kategorie

PH_x hodnota přepočtu hlasů u benefitu X

PR počet respondentů celkem

P'U_x počet účastníků benefitu X (tvoří předpoklad počtu účastníků pro další období)

R_x..... rozpočet

R_{x0}..... *rozpočet na benefit X z období, kdy byl příspěvek hrazen*

R_{x1}..... *rozpočet na benefit X počítaného období*

VJH..... váha jednoho hlasu

VP_{x0} výše příspěvku na benefit X, kdy byl příspěvek hrazen / na osobu

VPOP..... věkový poměr odchozích pojištěnců (dle analýzy odchozích pojištěnců)

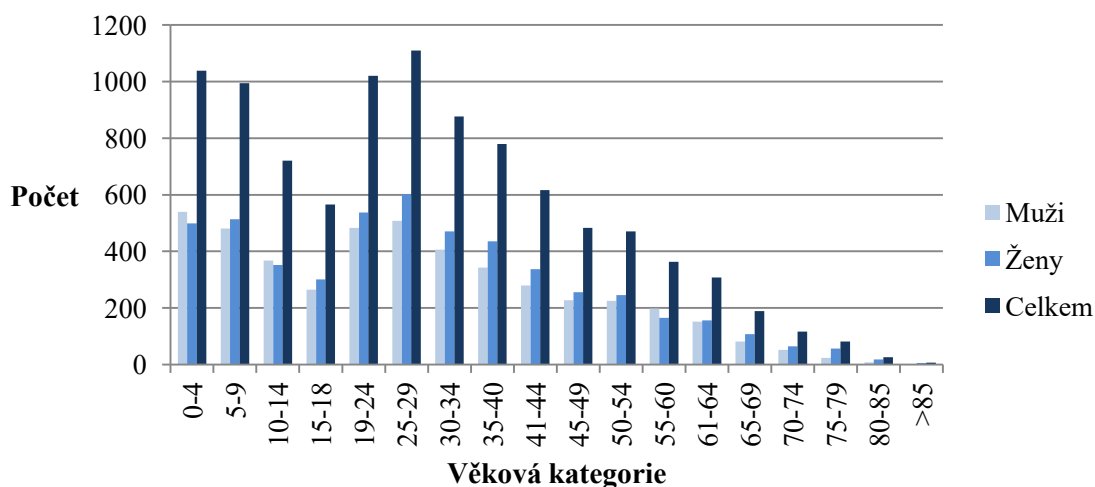
4.2 Odchozí pojištěnci

Vzhledem ke skutečnosti, že fond prevence patří mezi jedny z elementů, které ovlivňují potenciální pojištěnce ke změně zdravotní pojišťovny, bylo zapotřebí identifikovat věkové rozložení pojištěnců, kteří od RBP odešli a dále uvést informace o počtech pojištěnců, jež prezentují možné potenciální pojištěnce pro RBP. Na základě této analýzy je v další části pro eliminaci odchodů pojištěnců navrhnut atraktivní preventivní program.

Identifikace odchozích pojištěnců je důležitá především pro specifikaci pojištěnců, kteří mají v největší míře tendence ke změnám zdravotní pojišťovny a kteří jsou naopak věrní i přes lehce nepříznivé podmínky preventivního programu. Dle dotazníkového šetření celých 66 % respondentů využívá nadstandardů své zdravotní pojišťovny a zároveň pro 64 % respondentů je nabídka preventivních programů důležitá na úrovni 4 – 5 bodů (max. 5 bodů).

Pro podložení *vhodnosti výběru dané věkové kategorie*, byla vybraná kategorie vybrána na základě nejvýhodnějších pojištěnců v závislosti jejich nákladovosti na zdravotní péči, což je uvedeno v příloze č. 6. Informace týkající se odchozích pojištěnců jsou datovány k 1. prosinci 2015. Z níže uvedeného grafu 4.1 je zřejmé, že naprosto největší počet pojištěnců odešel ve věkovém rozpětí věkové skupiny od 0 – 9 let a 19 - 29 let. Graf také znázorňuje, že téměř v každé věkové skupině odešlo více pojištěnců z řad žen, než z řad mužů. Poměrně vysoké odchody jsou také zaznamenány v kategorii 30 - 34 let.

Graf 4.1 – Věkové portfolio odchozích pojištěnců



Zdroj: vlastní zpracování dle interních dat RBP

Níže uvedená tabulka 4.1 prezentuje, že *největší počet odchozích pojištěnců tvoří* věková kategorie od 19 – 44 let, což představuje na celkovém počtu odchozích pojištěnců celých 45 %. Tato skupina věkového rozložení odchozích pojištěnců pro tvorbu preventivního programu byla takto stanovena, protože od 19 let pojištěnci spadají do preventivních programů pro dospělé a zároveň od *15 - 45 let jsou pojištěnci považováni za výhodné pojištěnce*, a to na základě průměrné nákladovosti na zdravotní péči. V příloze č. 6 jsou uvedeny náklady na zdravotní péči v jednotlivých věkových kategoriích, které jsou evidovány po 5 let - proto je uvedena věková kategorie od 15 - 45 let věku.

Druhá skupina, která představuje vysoký odliv pojištěnců, jsou děti a mládež od 0-18 let, což prezentuje 34 %. Tito pojištěnci jsou důležití, protože většinou jejich rodiče chtějí mít stejnou ZP se svými dětmi.

Celkový počet odchozích pojištěnců k 1. prosinci 2015 činil 9.764, což představuje 2 % z celkového počtu pojištěnců 431.297. Dohromady 79 % odchozích pojištěnců spadá do věkové kategorie 0 – 44 let.

Tab. 4.1 – Poměry odchozích pojištěnců dle věkových kategorií

Věk	Muži	Ženy	Celkem	Poměr vůči celku	Celkem ve věkovém seskupení	Poměr seskupení vůči celku
0-4	539	499	1038	11%	3318	34%
5-9	481	513	994	10%		
10-14	368	352	720	7%		
15-18	265	301	566	6%		
19-24	483	537	1020	10%	4402	45%
25-29	508	602	1110	11%		
30-34	406	471	877	9%		
35-40	343	436	779	8%		
41-44	279	337	616	6%		
45-49	227	256	483	5%	1624	17%
50-54	225	245	470	5%		
55-60	198	165	363	4%		
61-64	152	156	308	3%		
65-69	82	107	189	2%	420	4%
70-74	52	65	117	1%		
75-79	24	57	81	1%		
80-85	8	18	26	0%		
>85	1	6	7	0%		
Celkem	4641	5123	9764	100%	9764	100%

V níže uvedené tabulce 4.2 jsou uvedeny statistické údaje týkající se počtu obyvatel v celé České republice, na Střední Moravě a Moravsko-Slezsku, a to k datu 31. prosinci 2015, jež představují pro RBP potenciál počtu pojištěnců v uvedené věkové kategorii.

Na základě údajů získaných ze Statistického úřadu byl zjištěn potenciál počtu pojištěnců 1.374.956, jež mají uvedeno své bydliště na území Střední Moravy a Moravsko-Slezska a zároveň spadají do věkové kategorie 0- 45 let. Uvedený počet obyvatel působící ve vytyčené oblasti představuje **56 % potenciálních pojištěnců**, jež jsou pro RBP atraktivní vzhledem k věkové kategorii 0 – 45 let a bydlišti.

Tab. 4.2 – Potenciál počtu pojištěnců v uvedené věkové kategorii

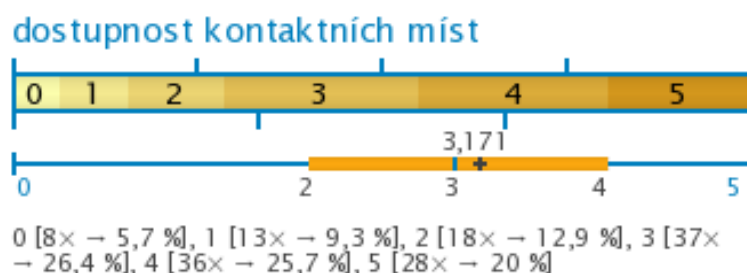
Oblast celé ČR	Počty	v %
Pojištěnci ve věku 0 - 18 let	1 965 355	19%
Pojištěnci ve věku 19 - 45 let	4 066 914	39%
Pojištěnci ve věku 0 - 45 let	6 032 269	58%
Všichni pojištěnci v ČR	10 538 275	100%
Střední Morava a Moravsko-slezsko		
Pojištěnci ve věku 0 - 18 let	447 573	18%
Pojištěnci ve věku 19 - 45 let	927 383	38%
Pojištěnci ve věku 0 - 45 let	1 374 956	56%
Všichni pojištěnci ve vytyčené oblasti	2 438 648	100%

Zdroj: dle údajů ČSÚ [23]

Oblast Střední Moravy a Moravsko-Slezska byla vybrána z důvodu největšího pokrytí RBP, kdy v této oblasti má RBP největší počet svých klientských poboček a je zde velice husté pokrytí smluvních zdravotnických zařízení, což je pro potenciální pojištěnce vedle nabídky preventivních programů stěžejními prvky pro registraci k nové zdravotní pojišťovně.

Vybraná oblast pro zacílení je úzce spojena s výsledky dotazníkového šetření, kdy bylo zjištěno, že při škále důležitosti od 0 – 5 (od nejnižší po nejvyšší), celých 45,7 % respondentů dává **důležitost dostupnosti kontaktních míst** na vysokou úroveň 4 až 5, což je uvedeno v grafu 4.2. V jiné geografické oblasti by RBP nebyla schopna poskytnout tento požadavek s takovou odpovědností, jako je právě v oblasti Střední Moravy a Moravsko Slezska.

Graf 4.2 – Důležitost faktoru při výběru zdravotní pojišťovny

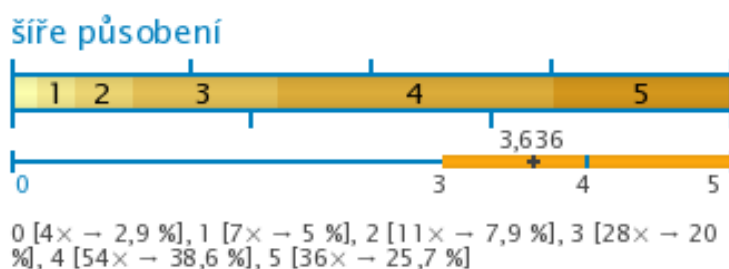


Zdroj: na základě vlastního dotazníkového šetření

Co se týče **šíře působení smluvních zdravotnických zařízení**, může RBP nabídnout celorepublikové pokrytí. Důležitost tohoto faktoru respondenti označili na škále důležitosti na vysokou úroveň v intervalu 4 až 5, a to na 64,3 %, což je znázorněno v níže uvedeném grafu 4.3. Stav smluvních vztahů RBP vůči zdravotnickým zařízením k 31. prosinci 2014 [19]:

- ambulantní poskytovatelé zdravotních služeb – 7 999,
- lůžkoví poskytovatelé zdravotních služeb – 271,
- lázně – 37, ozdravovny – 6,
- zdravotnická dopravní služba – 73, zdravotnická záchranná služba – 15,
- lékárny a výdejny zdravotnických prostředků 1 524,
- ostatní smluvní poskytovatelé zdravotních služeb – 414.

Graf 4.3 – Důležitost faktoru při výběru zdravotní pojišťovny



Zdroj: na základě vlastního dotazníkového šetření

4.3 Finanční prostředky pro plnění fondu prevence

Fond prevence je plněn z penále a pokut, přírážek k pojistnému a úroků z hospodaření se ZFZP. Penále a pokuty tvoří každoročně vždy v průměru 55 % finančních prostředků fondu prevence, přírážky k pojistnému v průměru 4 % a úroky z hospodaření s fondy tvoří zbylých v průměru 41 %.

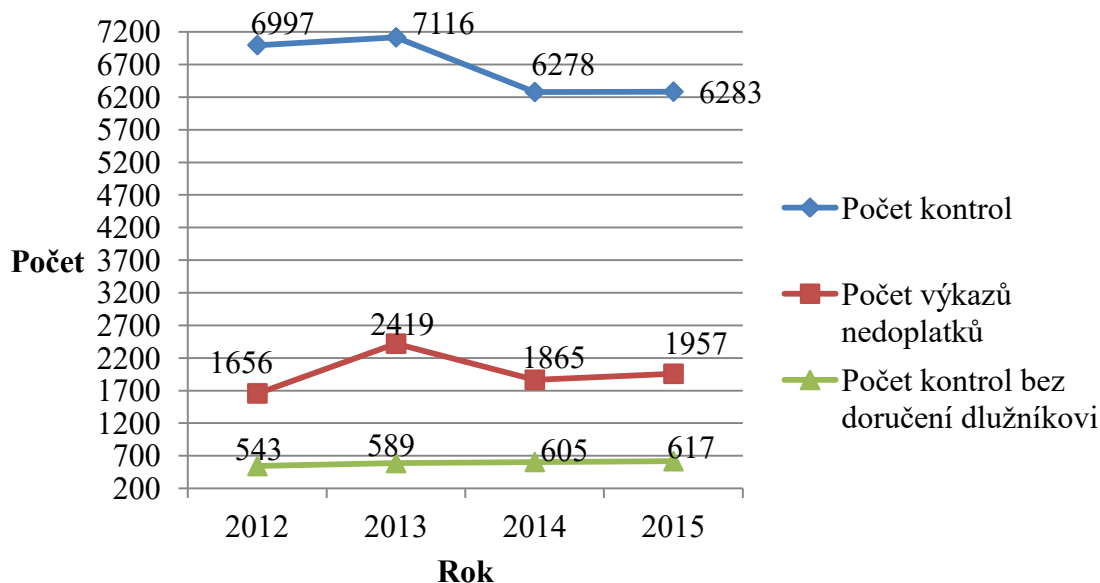
Vzhledem ke skutečnosti, *že fond prevence je z poloviny plněn ze zdrojů získaných z penále za opožděné platby na zdravotní pojištění*, je v níže uvedené tabulce 4.3 a znázorněn přehled penále předepsaného, odepsaného a uhrazeného dlužného pojistného, a to u kategorie plátců OBZP pro roky od 2012 -2015. Soupis se týká výkazu nedoplatků, protože v případě uhrazeného uznání nesporné výše dluhu je téměř ve 100 % případů penále odpuštěno na základě § 53 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 176/2002 Sb. V situaci, kdy osoba nereaguje na výzvy k úhradě uznání nesporné výše dluhu, postupují se tyto pohledávky právě k vymáhání prostřednictvím výkazů nedoplatků.

Údaje předpisů dlužného pojistného a penále nejsou bezprizorně vedeny za daný kalendářní rok, protože určitá část kontrol plátců pojistného je prováděna v průběhu období. Např. dluh vzniklý v roce 2012, se sepisuje po kontrole pojištěnce v listopadu 2013 a v případě, že osoba řádně nesplácí a nereaguje na písemné výzvy o zaplacení, převádí se tento dluh nad 5.000 Kč na výkaz nedoplatku/správní řízení v následném období (částka stanovena pro ekonomickou výhodnost, jež je spojena s náklady za vymáhání pohledávky). Dlužná částka z roku 2012 je tedy vykazována až v roce vzniku výkazu nedoplatku/správního řízení. Ovšem v ekonomických důsledcích se částky za dlužné pojistné a penále mohou považovat za předpis vykazovaného roku.

POČET KONTROL DLUŽNÍKŮ

V níže uvedeném grafu 4.4 je uvedeno, kolik v daných letech bylo vytvořeno pracovníky RBP kontrol v rámci dlužníků, kolik z nich bylo dále postoupeno k výkazu nedoplatku a jaký počet nebyl doručen k rukám dlužníka.

Graf 4.4 – Práce s dlužníky v kategorii plátce OBZP



Zdroj: vlastní zpracování dle interních dat RBP a VZ [45, 46, 47, 48]

Průměrný počet ročník kontrol OBZP mezi lety 2012 – 2015 sčítá 6.669 a průměrné postoupení kontrol k dalšímu vymáhání činí 29,75 % z celkových vystavených výkazů nedoplatků.

Největší počet kontrol

Dle údajů uvedených z grafu 4.4 je zřejmé, že v průběhu roku 2012 – 2015 bylo **nejvíce kontrol** uskutečněno **v roce 2013**, což představuje 7.116 kontrol, ze kterých bylo celých 34 % postoupeno k výkazu nedoplatků pro další možné vymáhání pohledávky.

Meziroční nárůst pojištěnců mezi roky 2013 a 2014 byl celkem 11.167 osob, což představuje nárůst o 2,6 %, proto tedy největší počet kontrol byl uskutečněn v tomto roce. Tento rapidní nárůst pojištěnců způsobila medializace špatného hospodaření VZP spojená s kauzou elektronické zdravotní knížky IZIP a protonového centra. VZP v té době přišla téměř

o 80.000 pojištěnců. V roce 2013 bylo vytvořeno o 119 více kontrol, než v roce 2014, což představuje v roce 2014 meziroční snížení o 13,35 %, i přes vysoký nárůst nově příchozích pojištěnců, nebyla dodržena narůstající tendence počtu kontrol.

Nejmenší počet kontrol dlužníků

Nejmenší počet kontrol byl uskutečněn **v roce 2014** s 6.278 kontrolami, což ale představuje pouze o 5 kontrol méně (0,08 %), než v roce 2015, přičemž meziroční nárůst pojištěnců mezi roky 2014 a 2015 činil celkem 1.663 pojištěnců, představující nárůst o 0,38 %. Z celkového počtu kontrol uskutečněných v roce 2014 bylo postoupeno k vymáhání 30 %.

Počet kontrol neroste rovnoměrně s počtem pojištěnců, i když celý počet nově příchozích pojištěnců nespadá do kategorie OBZP. Počet osob, spadající do kategorie OBZP není možné ročně sledovat s přesným počtem, protože tato kategorie není vedena celoročně, nýbrž se v průběhu roku stále mění.

Dle výše uvedeného grafu 4.4 lze konstatovat, že ***v průměru 589 kontrol (10 %) není z celkového počtu vystavených kontrol doručeno svému adresátu***, což je zapříčiněno neuvedením odpovídající kontaktní adresy v registru pojištěnců. Tito pojištěnci mají v registru uvedenou pouze trvalou adresu, která je pouze vedená jako městský úřad a svou korespondenci si nevyzvedávají nebo na své kontaktní adrese jsou neznámí. Korespondence s vyčíslením dluhu je zasílána doporučeně výhradně do rukou adresáta, přičemž s trvalým pobytem na městském úřadě nebo nesprávnou adresou je doručení podstatně obtížnější a řízení je prodlužováno. Trvalé bydliště „na úřadě“ má v Česku už víc než tři sta šedesát tisíc lidí [23]. Zdaleka ne všichni jsou bezdomovci. Často jde o lidi prchající před exekutorem, poškozenými zákazníky nebo soudní obsílkou.

Pro tyto případy existuje fikce doručení, což umožňuje v případě nevyzvednutí v úložní době a po uplynutí určité doby od zaslání oznámení vystavit dluh i bez podpisu pojištěnce (avšak musí vědět o dluhu z předchozích návštěv apod.). Považuje se to za úmyslné neřešení situace a poté se dluh smí vyčíslit. Po dalším zaslání upomínky o nesplacení a opětovném neřešení situace se výkaz nedoplatku postupuje k exekučnímu řízení. ***V případě, že není dohledatelná kontaktní adresa a příjem pojištěnce, spadá pohledávka do odpisu.***

VÝKAZY NEDOPLATKŮ

Dle níže uvedené tabulky 4.3 je zřejmé, že výše předepsaného dlužného pojistného je stále nad 110.000.000 Kč a dlužné penále je konstantně předepisováno min. ve výši cca 40.000.000 Kč.

Tab. 4.3 – Výkazy nedoplatků (VN) u OBZP se znázorněným penále

	Rok							
	2012		2013		2014		2015	
	Dl. pojistné	Penále	Dl. pojistné	Penále	Dl. pojistné	Penále	Dl. pojistné	Penále
Předpis	151 719 899	49 287 570	147 762 415	47 381 450	148 262 206	47 716 085	111 326 127	39 564 056
Odpis	14 955 603	5 638 314	5 200 296	3 207 213	2 993 402	2 031 667	269 859	350 726
Předpis po odpisu	136 764 296	43 649 256	142 562 119	44 174 237	145 268 804	45 684 418	111 056 268	39 213 330
Uhrazeno	89 600 654	22 964 058	94 783 411	22 150 376	85 339 949	19 100 177	48 280 574	8 326 095
Zbývá k úhradě	47 163 642	20 685 198	47 778 708	22 023 861	59 928 854	26 584 241	62 775 694	30 887 235
Zbývá k úhradě v % po odpisu	34,5 %	47,4 %	33,5 %	49,9 %	41,3 %	58,2 %	56,5 %	78,8 %
<i>Z toho nedoručené oznámení o VN</i>	3 659 899	1 605 171	3 956 077	1 823 576	5 777 142	2 562 721	6 164 573	3 033 126
<i>Z toho nedoručené oznámení o VN v %</i>	7,8 %		8,3 %		9,6 %		9,8 %	

Zdroj: vlastní zpracování dle interních dat RBP a dle [45, 46, 47, 48]

Dlužné pojistné - nejnižší celkové předepsané dlužné pojistné bylo vypočteno v roce 2015, a to 111.326.127 Kč, protože byl zpracován menší počet kontrol dlužníků, než v roce předešlém, kontroly roku 2015 budou řešeny v následujících obdobích a zároveň byla lepší platební morálka pojištěnců.

Naopak **nejvyšší celkové předepsané dlužné pojištění** vzniklo v roce 2012, a to 151.719.899 Kč, protože od 1. května 2012 začala pojišťovna aplikovat pro vymáhání pohledávek u OBZP jako účinnější nástroj výkazy nedoplatků (předtím využíváno správní řízení).

Předepsané dlužné pojistné se **meziročně v průměru zvyšuje o 7,33 %**, přičemž největší meziroční nárůst je mezi roky 2014/2015, a to 15,2 %. Tento nárůst v roce 2015 je způsoben malou historií vzniklých výkazů nedoplatků, protože pouze před necelým rokem byly tyto kontroly zúčtovány.

Dlužné penále - dle výše uvedených výpočtů, zbývá nejvíce penále k úhradě z roku 2015, což představuje 78,8 %. To je zapříčiněno tím, že dlužníci, kteří mají nově výkaz nedoplatku z roku 2015, své dluhy hradit teprve začali, a proto zůstatek je vyšší a zároveň se penále hradí jako poslední v pořadí pohledávek.

Mimo rok 2015 je **výše neuhrazeného penále v průměru 52 %**, což v průměru z 8,9 % ovlivňují nedoručené výkazy nedoplatků, které se každoročně zvyšují. Výše neuhrazeného penále se od roku 2012 zvýšila téměř dvojnásobně.

POTENCIÁL ZŮSTATKU FONDU PREVENTIVE

Pro zobrazení trendu finančních položek týkajících se fondu prevence slouží níže uvedený graf 4.5, který zobrazuje **klesající trend vynaložených nákladů na fond prevence**, klesající trend zůstatků na účtu fondu prevence i potenciálního zůstatku na účtu fondu prevence. Naopak zvyšující se trend je znázorněn v neuhrazených penále za OBZP, což je zapotřebí řešit vzhledem k alarmující sumě, která by mohla být využita k plnění fondu prevence.

Za předpokladu uhrazeného dlužného pojistného, by se fond prevence v průměru mohl navýšit o 25.045.134 Kč, což by představovalo navýšení fondu prevence o 49,7 %. Za takovýchto podmínek by RBP mohla svým pojištěncům nabídnout příspěvky na vybrané aktivity v takové výši, kterou dle dotazníkového šetření požadují. Výše příspěvku 1.000 Kč je motivující k přestupu k nové zdravotní pojišťovně až pro 27,86 % respondentů, což by za předpokladu navýšení fondu prevence o 25.045.134 Kč, uspokojilo 6.977 osob, přičemž průměrný počet účastníků fondu prevence je 6.000 osob.

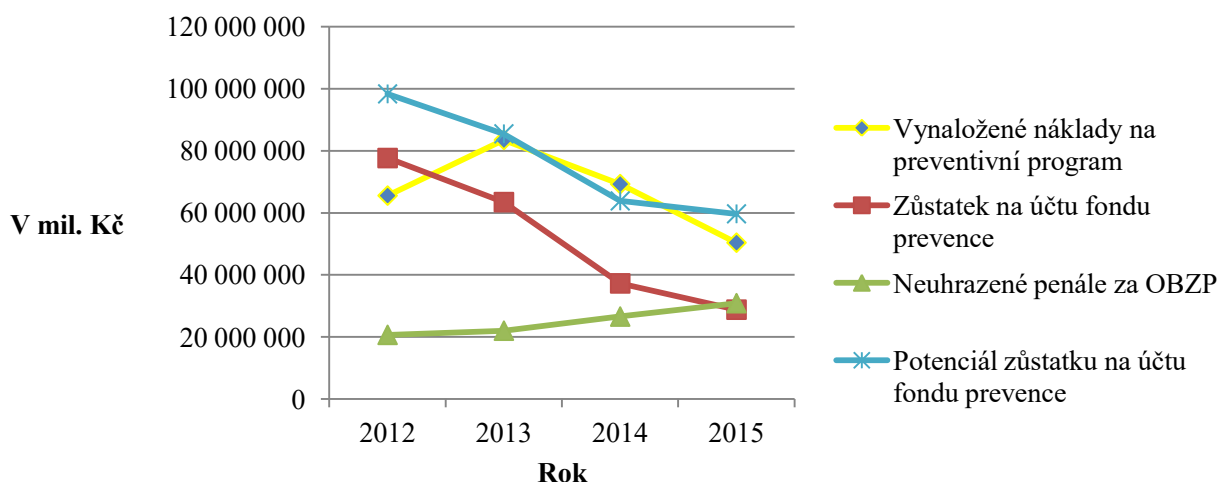
Tab. 4.5 – Potenciál fondu prevence

	Rok			
	2012	2013	2014	2015
Vynaložené náklady na preventivní program	65 561 000	83 490 000	69 256 000	50 388 000
Zůstatek na účtu fondu prevence	77 656 000	63 455 000	37 267 000	28 805 000
Neuhrazené penále za OBZP	20 685 198	22 023 861	26 584 241	30 887 235
Potenciál zůstatku na účtu fondu prevence	98 341 198	85 478 861	63 851 241	59 692 235
Potenciál navýšení zůstatku na účtu fondu prevence	21%	26%	42%	52%

Zdroj: vlastní zpracování dle interních dat RBP a VZ [45, 46, 47, 48]

V roce 2014 byl potenciální zůstatek fondu prevence pod úrovní vynaložených nákladů na preventivní programy, což zapříčinilo neočekávaně vysoké čerpání nákladů na preventivní program, nízká suma uhrazeného penále v daném roce a nepříznivé podmínky úrokových sazeb. Tyto dílčí příčiny mají za důsledek nižší zůstatek na účtu fondu prevence → klesající křivka potenciálního zůstatku na účtu fondu prevence.

Graf 4.1 – Trend potenciálu fondu prevence



Zdroj: vlastní zpracování dle interních dat RBP a VZ [45, 46, 47, 48]

PODÍL KONTROL NA JEDNOHO ZAMĚŠTNANCE

Pro vytvoření představy, jaký je *podíl jednoho zaměstnance* na práci s dlužníky, slouží níže uvedená tabulka 4.6. Údaje jsou vytvořeny přepočtem celkového počtu kontrol, výkazů nedoplatek a výše uhrazeného penále. Všichni zaměstnanci jednatelství tvoří v průběhu roku kontroly s pojištěnci, se kterými přišli do styku při běžné kontrole nebo byli tito pojištěnci obesláni odborem registru plátců z důvodu nedoložené kategorie plátce zdravotního pojištění.

Tedy v průměru 70 zaměstnanců vytváří základní kontroly dlužníků, které se poté předávají na výkazy nedoplatek, jež zpracovávají další 2 zaměstnanci. Průměrný počet vytvořených kontrol na jednoho zaměstnance je tedy 93, ze kterých je poté v průměru na jednoho zaměstnance vytvořeno 28 výkazů nedoplatek. Stěžejní informací je, že *na jednoho zaměstnance připadá 253.000 Kč uhrazeného penále*, které je výsledkem práce s dlužníky.

Tab. 4.6 – Přepočet uhrazeného penále na 1 zaměstnance

	Rok				
	2012	2013	2014	2015	Ø
počet pracovníků	71	72	72	73	72
CELKEM/ rok					
počet kontrol	6997	7116	6278	6283	6669
počet výkazů nedoplatků	1656	2419	1865	1957	1974
uhrazené penále	22 964 058 Kč	22 150 376 Kč	19 100 177 Kč	8 326 095 Kč	18 135 177 Kč
1 ZAMĚSTNANEC/ rok					
počet kontrol	99	99	87	87	93
počet výkazů nedoplatků	23	34	26	27	28
uhrazené penále	323 437 Kč	307 644 Kč	265 280 Kč	115 640 Kč	253 000 Kč

Zdroj: vlastní zpracování dle interních dat RBP a dle [45, 46, 47, 48]

4.4 Preference pojištěnců – portfolio preventivního programu

Pro opodstatněnou tvorbu návrhu preventivního programu bylo využito benchmarkingu a dotazníkového šetření, které určovalo preference pojištěnců, o které se poté v kapitole 5 budou opírat návrhy řešení. Výsledky nejsou rozděleny na část dotazníkové šetření a benchmarking, nýbrž se informace navzájem doplňují pro ucelený výstup.

V první části této kapitoly jsou uvedeny obecné názory na nabídku preventivních programů a v druhé polovině kapitoly jsou již hodnoceny jednotlivé benefity, a to dle věkové kategorie děti a mládež do 18 let a dospělí pojištěnci nad 19 let.

Prezentace výsledků preferencí pojištěnců bude následně založena na podmínce, že vybraná aktivita musela být v dotazníkovém šetření zvolena jako důležitá alespoň 25 % respondenty, aby byla zachována relevantnost návrhu rozpočtu. V případě, že aktivita nezískala požadovaných 25 %, ale dle zkušeností z minulých let byla aktivita hojně využívána, přičetla se aktivita k jiné, charakterem jí podobné.

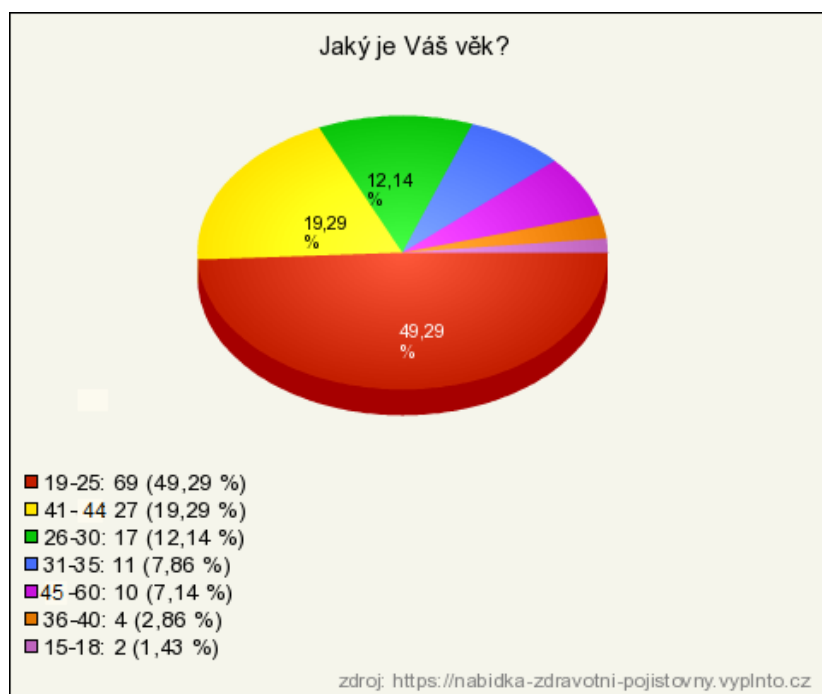
Základem je, že návrh způsobu rozpočetnictví fondu prevence by se mohl aplikovat jako metodika pro měnné finanční možnosti jednotlivých budoucích let. ***Veškeré tyto výsledky jsou stěžejní pro tvorbu rozpočtu fondu prevence, přičemž návrh je tvořen na základě předpokladu platných současných skutečností týkající se rozpočtu fondu prevence pro rok 2015 a současných úrokových sazeb, tedy za přístupu ceteris paribus.***

Věkové složení respondentů

Vzhledem z výsledků analýzy odchodících pojištěnců bylo zjištěno, že největší odliv pojištěnců je sčítán ve věkové kategorii 19 – 44 let, přičemž **věkové složení respondentů** dotazníkového **odpovídá požadovanému věkovému rozpětí**.

Dle grafu 4.7 se ve věkové kategorii 19 – 25 let účastnilo dotazníkového šetření 49,64 %, ve věku 26 – 30 let 10,95 %, ve věku 31 - 35 let věku se zapojilo 8,03 % respondentů, 36 – 40 let věku tvořilo 4,38 % respondentů a 41 – 44 let bylo zapojeno 19,71 % respondentů. Zbýlých 7,29 % respondentů bylo ve věkové skupině 15 – 18 let a 51 a více let.

Graf. 4.7 – Věkové složení respondentů



Zdroj: převzato z vlastního dotazníkového šetření

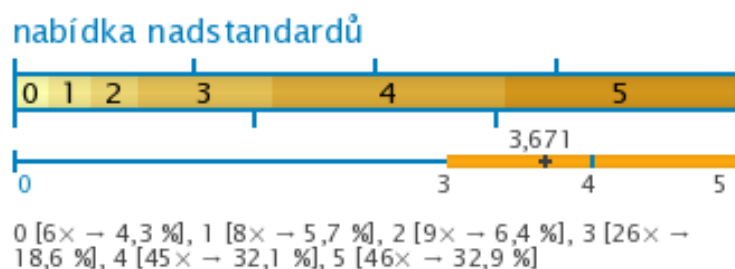
4.4.1 Mínění o nabídce preventivních programů obecně

Důležitost nabídky preventivních programů/ nadstandardů

Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že celkem 65 % respondentů dává při výběru zdravotní pojišťovny **nabídce nadstandardů** stupeň důležitosti 4-5 (max. 5). Dle grafu 4.8 je průměrná hodnota důležitosti tohoto faktoru 3,671, což představuje 73 % z maximálních 100 % důležitosti.

Tuto skutečnost vzhledem k vysoké míře důležitosti je zapotřebí brát opravdu vážně, protože nabídka nadstandardů patří mezi jeden z hlavních elementů, jež ovlivňuje pojištěnce ke změně zdravotní pojišťovny. Při dotazu na využívání nabídky nadstandardů své zdravotní pojišťovny, uvedlo 66,43 %, že svých příspěvků využívá.

Graf 4.8 – Důležitost faktoru při výběru zdravotní pojišťovny



Zdroj: převzato z vlastního dotazníkového šetření

Výše motivující finanční částky

Respondenti byli dotazováni, jaká výše příspěvku je motivuje ke změně ZP, kdy **neočekávaně nejčastější odpovědí** respondentů byla možnost, že v případě celkové spokojenosti, nepotřebují měnit ZP, což odpovědělo 47,14 % respondentů. Druhou nejčastější odpovědí vztahující se k motivační finanční částce, byla hodnota 1.000 Kč, což odpovědělo 27,86 % respondentů. Třetí nejčastější odpovědí byla suma 500 Kč, s čímž souhlasilo 12,14 % dotazovaných.

Průměrná finanční částka, která motivuje pojištěnce k přechodu k nové ZP, činí **434 Kč**, což zapříčinilo největší zastoupení první odpovědi, kdy respondenti nepotřebují měnit zdravotní pojišťovnu při jinak celkové spokojenosti.

Výsledky dotazníkového šetření o výši finanční částky, jež motivuje potenciálního pojištěnce k přestupu k nové zdravotní pojišťovně za předpokladu, že tato suma je hrazena pro jeho vybranou položku, je zobrazeno níže v grafu 4.9.

Graf. 4.9 – Motivující finanční částky k přechodu k jiné ZP



Zdroj: převzato z vlastního dotazníkového šetření

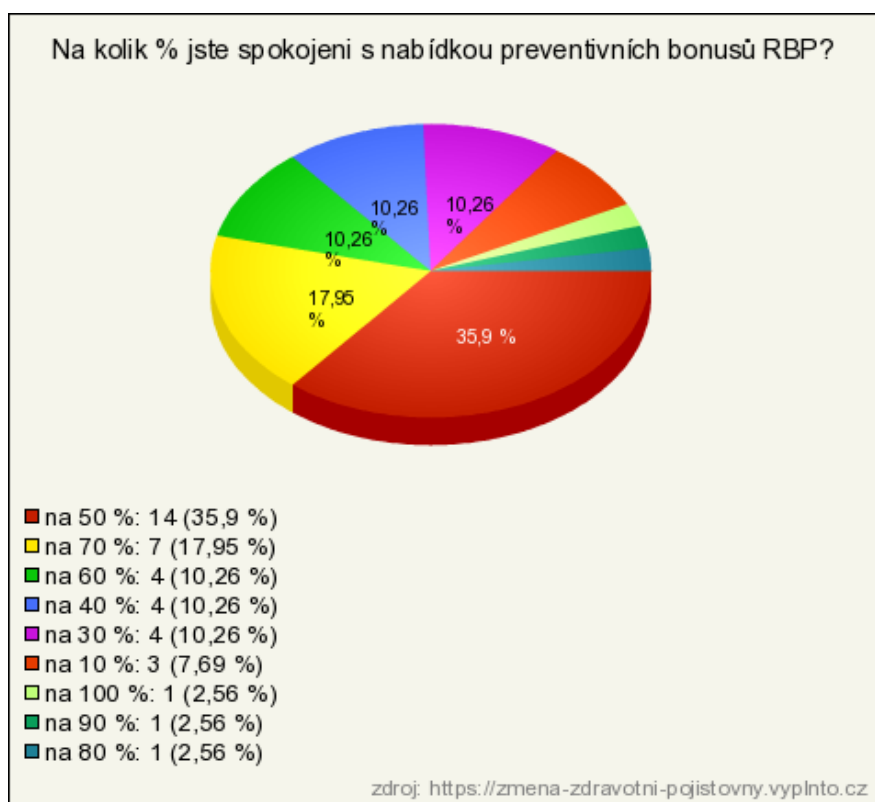
Výše příspěvku RBP - v roce 2016 byl stanoven **rozpočet fondu prevence 48.890.000 Kč**, což představuje v přepočtu na počet pojištěnců úhradu ve výši **113 Kč na osobu**. Fond prevence vychází ze skutečností, že preventivní programy nejsou nikdy čerpány všemi pojištěnci, a proto stanovují výši rozpočtu dle zkušeností minulých let. Maximální limit určený pro jednoho pojištěnce je v součtu všech preventivních balíčků 1.000 Kč.

Spokojenost s nabídkou nadstandardů RBP

Dle dotazníkového šetření bylo z celkového počtu respondentů právě 28,47 % pojištěnců RBP. Tento vzorek respondentů byl následně v dotazníku přesměrován na otázku spokojenosti s nabídkou preventivních programů RBP, kde **největší zastoupení byla spokojenost na 50 %, s čímž souhlasilo 35,9 % respondentů**. Vysoké zastoupení názoru měla také spokojenost na 70 %, kdy tuto možnost zvolilo 17,95 % respondentů.

Vysokou spokojenost se současnou nabídkou preventivního programu nad 80 % projevilo pouze 7,68 % respondentů a naopak nízká úroveň spokojenosti do 40 % byla celkem zvolena 28,21 % respondentů. Grafické znázornění spokojenosti s nabídkou preventivního programu RBP je v níže uvedeném v grafu 4.10.

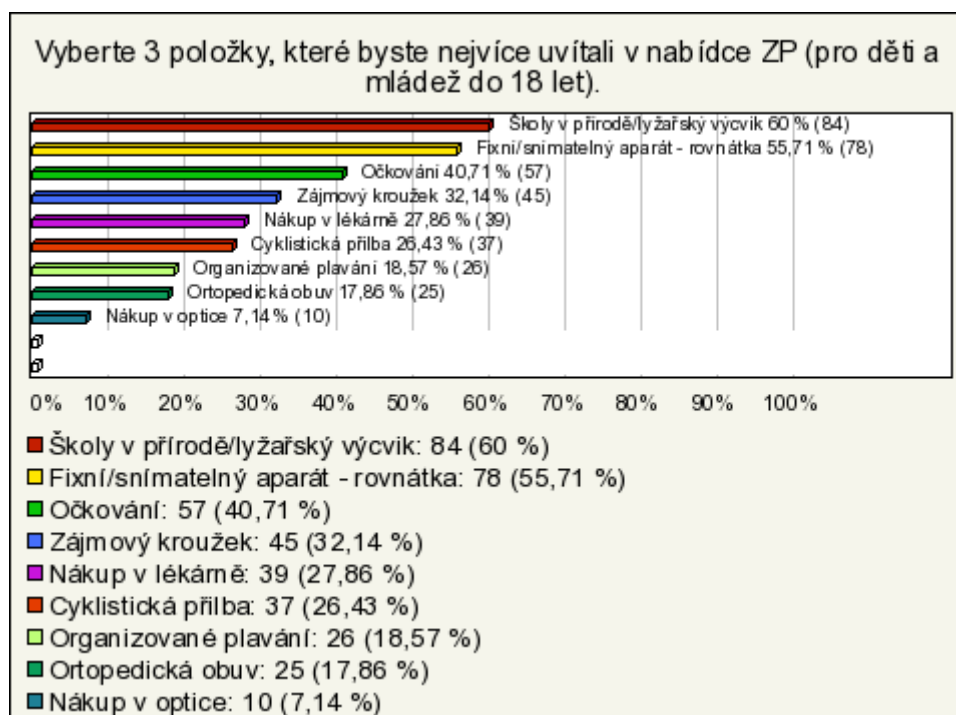
Graf. 4.10 – Spokojenost pojištěnců s nabídkou preventivních bonusů RBP



Zdroj: převzato z vlastního dotazníkového šetření

4.4.2 Děti a mládež do 18 let – preventivní program

Graf. 4.11 – Preference pojištěnců – volba portfolia preventivního programu



Zdroj: převzato z vlastního dotazníkového šetření

1) Škola v přírodě/ lyžařský výcvik

Na základě šetření bylo zjištěno, že **nejžádanější položkou** jsou školy v přírodě/lyžařský výcvik, **který požaduje až 60 %** respondentů. Dle benchmarkingu bylo zjištěno, že na školy v přírodě /lyžařský výcvik přispívá pouze ZPMV, VoZP a ZPŠ, a to **při průměrném příspěvku 633 Kč**.

Rozpočet RBP - RBP bohužel tento příspěvek **nenabízí**, a to i přes názor **66 %** respondentů, kteří by v případě proplácení této aktivity **přešli k dané zdravotní pojišťovně**. V tuto chvíli je pojištěncům v celkovém rozpočtu 400.000 Kč hrazena úhrada pro školky v přírodě, což v praxi využije minimum lidí.

2) Fixní/snímatelný aparát – rovnátka

Tento nadstandard zvolilo jako **druhý nejdůležitější** v nabídce preventivního programu celkem **55,71 %** respondentů. Rovnátka nabízí k proplácení pět ze sedmi ZP, a to

s průměrným příspěvkem 940 Kč. Rovnátka můžeme považovat za důležitou položku, protože celkem **66 % respondentů** je považuje za motivující *k přechodu k jiné ZP.*

Rozpočet RBP - RBP v tomto roce také přispívá, ale v porovnání s konkurencí hradí částkou druhou nejnižší, a to 500 Kč. Rozpočet na tuto položku činí v roce 2016 celkem **2.500.000 Kč.**

3) Očkování

Očkování bylo v dotazníkovém šetření označeno jako obecné, preventivní, bez další specifikace. Největší zájem je dle praxe o očkování proti klíšťové encefalitidě, hepatitidě a u novorozenců očkování proti pneumokoku, rotavirům a meningokoku.

Očkování označilo jako **důležité 40,71 %** respondentů a jako **důvod ke změně** zdravotní pojišťovny zvolilo tuto aktivitu **64 % dotazovaných.** V porovnání s konkurencí poskytuje RBP nejvyšší příspěvek, a to o 411 Kč vyšší, než je **průměr 589 Kč.**

Rozpočet RBP – RBP na tuto položku přispívá 1.000 Kč na všechna preventivní očkování, přičemž celkový rozpočet činí **12.820.000 Kč.** Největší rozpočet je vkládán do preventivního očkování klíšťové encefalitidy, a to 8.500.000 a očkování pneumokoka ve výši 1.800.000 Kč. Naopak nejnižší položku tvoří preventivní očkování TBC, a to jen 20.000 Kč.

4) Zájmový pohybový kroužek/organizované plavání

Tyto dvě položky byly v dotazníku odděleně, ale pro potřeby plnění fondu prevence by tyto dvě aktivity mohly být dohromady, přičemž by si každý žadatel mohl vybrat, na kterou ze dvou aktivit příspěvek využije. Obě dvě aktivity jsou pohybového charakteru, proto tedy jsou ve výsledku považovány v součtu. Tyto dvě aktivity jsou respondenty **požadovány celkem v 50,71 %,** přičemž důvod *k přechodu* k nové ZP při této úhradě uvedli respondenti v průměru **46 %.**

Průměrný příspěvek je pro tyto aktivity **385 Kč,** přičemž organizované plavání proplácí šest ze sedmi ZP a příspěvek na pohybový zájmový kroužek hradí pouze VZP, což je pro VZP velkou konkurenční výhodou, vzhledem k 51 % míře důvodů k přestupu k jiné ZP na základě tohoto příspěvku.

Rozpočet RBP – RBP v tuto chvíli přispívá pouze na organizované plavání, a to ve výši 500 Kč na osobu, což představuje v celkovém rozpočtu na tuto aktivitu **2.500.000 Kč**. Na zájmový pohybový kroužek RBP nepřispívá.

5) Nákup cyklistické přilby / nákup v lékárně (vitamíny)

Tyto dvě položky byly v dotazníku odděleně, ale pro potřeby plnění fondu prevence můžou být uvažovány dohromady, přičemž by si každý žadatel mohl vybrat, na kterou z aktivit příspěvek využije. Obě dvě aktivity mají preventivní charakter a musejí být zakoupeny ve specializované prodejně, proto jsou ve výsledku považovány v součtu. Dle dotazníkového šetření vyplynul největší zájem o ***nákup v lékárně (vitamíny)***, kdy tento bonus byl požadován ***u 27,86 % respondentů a o cyklistickou přilbu projevilo zájem 26,43 % respondentů***, což představuje ***v průměru 27,15 %***. Důvod ***k přechodu*** k nové ZP při této úhradě uvedli respondenti v průměru ve ***41,25 %***.

Průměrná výše příspěvku na tyto dvě aktivity činí celkem ***150 Kč***, což je způsobeno tím, že při porovnání s konkurencí, poskytují příspěvek na vitamíny pouze tři ZP ze sedmi (+ ČPZP poskytuje vitamíny zdarma 1x ročně) a na cyklistickou přilbu nepřispívá žádná ze zdravotních pojišťoven. Proto by tato položka mohla být předmětem konkurenční výhody, která je zřejmá dle výsledků zájmů respondentů.

Rozpočet RBP – RBP v tuto chvíli přispívá pouze na nákup vitamínů, a to ve výši 100 Kč na osobu, což představuje v celkovém rozpočtu na tuto aktivitu **2.100.000 Kč**. Na cyklistickou přilbu RBP nepřispívá.

6) Ostatní benefity pod 25% úspěšností

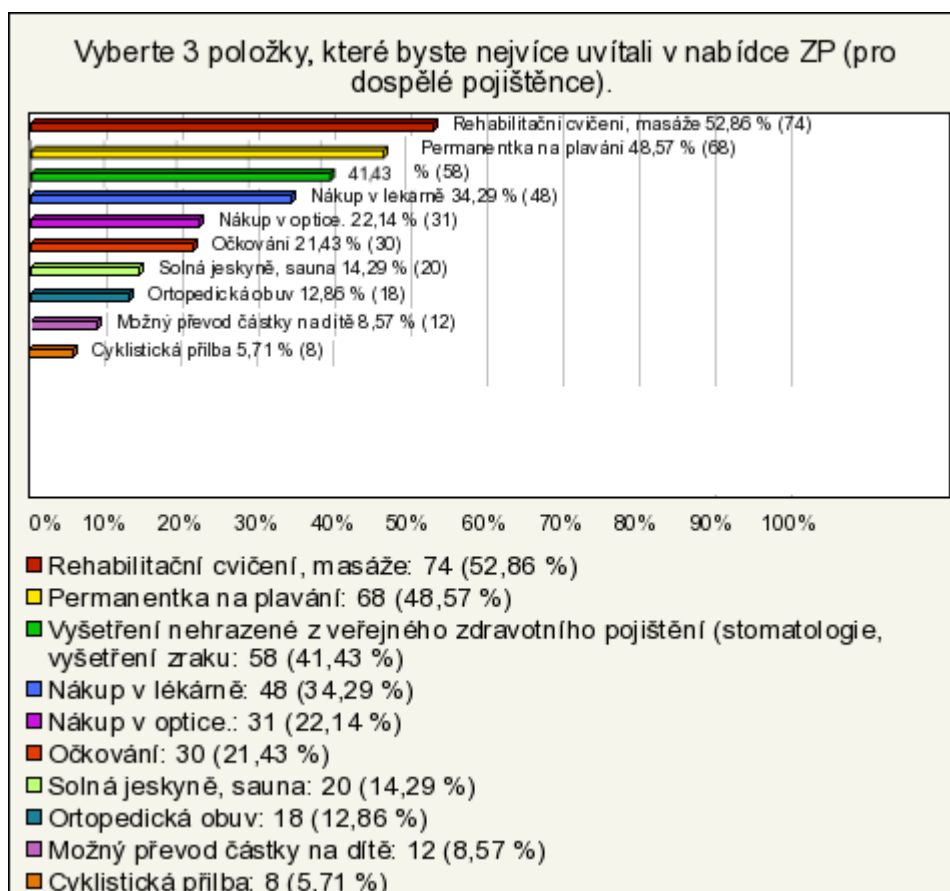
Dle dotazníkového šetření příliš velký úspěch nezískal příspěvek na ortopedickou obuv, kdy tuto aktivitu označilo jen 17,86 % respondentů a neúspěchem lze také označit nákup v optice, který získal pouze 7,14 %.

Rozpočet RBP - Tyto položky v ***současnosti nedisponují v rozpočtu žádnými finančními prostředky*** a vzhledem k výsledkům dotazníkového šetření, se v této oblasti nebude také nic měnit.

Pro nízký zájem nebudou tyto aktivity akceptovány pro další návrhy v kapitole 5.

4.4.3 Dospělí nad 19 let – preventivní program

Graf 4.12 - Preference pojištěnců – volba portfolia preventivního programu



Zdroj: převzato z vlastního dotazníkového šetření

1) Rehabilitační cvičení/ masáže

Z výsledků dotazníkového šetření bylo zjištěno, že **nejžádanější položku** představuje **rehabilitační cvičení/ masáže** (bez omezení věku), kterou **požaduje až 52,86 %** respondentů. Dle benchmarkingu bylo zjištěno, že na tyto aktivity přispívají s určitými interními podmínky všechny ZP, a to při průměrném příspěvku na rehabilitační cvičení (pohybové aktivity) 384 Kč a průměrná výše příspěvku na masáže činí 250 Kč, které hradí pouze VoZP. **Průměrná výše příspěvku celkem představuje tedy 316 Kč.**

Rozpočet RBP - RBP bohužel tento příspěvek **nenabízí pro všechny své pojištěnce**, a to i přes názor **66 %** respondentů, kteří by v případě proplácení této aktivity **přešli k dané zdravotní pojišťovně**.

V současnosti hradí RBP svým pojištěncům příspěvek na pohybové aktivity pouze pro věkovou kategorii 19 – 30 let, přičemž klient musí mít řádnou frekvenci svých preventivních prohlídek v praktického lékaře, stomatologa a ženy také preventivní prohlídky na gynekologii.

2) Permanentka na plavání

Tento nadstandard zvolilo jako **druhý nejdůležitější** v nabídce preventivního programu celkem **48,57 %** respondentů. Permanentku (bez věkového omezení) nabízí k úhradě pouze VZP a VoZP, a to **s průměrným příspěvkem 375 Kč**. Permanentku na plavání je nutno považovat za důležitou položku, protože celkem **60 % respondentů** ji považuje za motivující **k přechodu k jiné ZP**.

Rozpočet RBP - RBP bohužel tento příspěvek **nenabízí**, a to i přes názor **60 %** respondentů, kteří by v případě proplácení této aktivity **přešli k dané zdravotní pojišťovně**, díky čemuž má VZP a VoZP významnou konkurenční výhodu.

V současnosti hradí RBP svým pojištěncům příspěvek na pohybové aktivity pouze pro věkovou kategorii 19 – 30 let, přičemž klient musí mít řádnou frekvenci svých preventivních prohlídek v praktického lékaře, stomatologa a ženy také preventivní prohlídky na gynekologii.

3) Vyšetření nehrazené ze zdravotního pojištění

Mezi tyto aktivity řadíme např. stomatologickou péči (zubní hygiena, plomby) a vyšetření zraku (HRT, OCT).

Vyšetření nehrazené ze zdravotního pojištění by zaujalo v nabídce preventivního programu až **41,43 %** respondentů, čímž se stalo **třetí nejžádanější položkou** v kategorii dospělých nad 19 let. Tato položka byla v rámci dotazníkového šetření uvažována v jedné otázce, přičemž konkurence hradí příspěvky odděleně. Dentální hygienu hradí pouze VoZP s výši příspěvku 400 Kč a vyšetření zraku (HRT, OCT) hradí ČPZP a ZMPV s průměrnou výši příspěvku 350 Kč. **Celková průměrná výše příspěvku** na vyšetření nehrazené ze zdravotního pojištění činí **375 Kč**.

Rozpočet RBP – RBP v současné době na tyto položky nepřispívá. Vyšetření zraku a dentální hygienu v roce 2015 vedení RBP zrušilo, i přes **76%** míru důležitosti při rozhodování **při přestupu** k nové ZP.

4) Nákup v lékárně (vitamíny)

Nákup v lékárně označilo jako **důležité 34,29 %** respondentů a jako **důvod ke změně** zdravotní pojišťovny zvolilo tuto aktivitu **58 % dotazovaných**. Při porovnání s konkurencí, poskytují příspěvek na vitamíny pouze tři ZP ze sedmi (+ ČPZP poskytuje 1x ročně vitamíny zdarma) a to při **průměrné** výši příspěvku **100 Kč**.

Rozpočet RBP – na tuto položku RBP přispívá 100 Kč, kdy úhrada tohoto bonusu je prováděna pouze na základě schváleného seznamu léčivých přípravků, které RBP hradí.

Celkový rozpočet na vitaminózní fortifikaci je 2.100.000 Kč, jež je společný také pro věkovou kategorii děti a mládež do 18 let.

V současnosti aby mohli klienti využít např. příspěvek na nákup vitamínů v lékárně, musí se pojištěnci držet pevně stanoveného seznamu schválených přípravků, které lze koupit pouze v lékárně.

5) Ostatní benefity pod 25% úspěšností

Dle dotazníkového šetření příliš velký úspěch nezískal příspěvek na nákup v optice (22,14 %), očkování (21,43 %), solná jeskyně/ sauna (14,29 %), ortopedická obuv (12,86 %), možný převod částky na dítě (8,57 %) a nejmenší zastoupení měla v dotazníkovém šetření varianta cyklistická přilba, kterou zvolilo pouze 5,71 % respondentů.

Rozpočet RBP - Tyto položky kromě očkování v **současnosti nedisponují v rozpočtu žádnými finančními prostředky** a vzhledem k výsledkům dotazníkového šetření, se v této oblasti nebude také nic měnit. **Na očkování** je v rozpočtu věnováno **12.820.000 Kč**, které jsou společné s věkovou kategorií děti a mládež do 18 let.

5 Návrhy a doporučení k eliminaci zjištěných nedostatků

V této kapitole jsou formulovány návrhy a doporučení, navržené na základě výsledků analýzy odchozích pojištěnců, analýza finančních prostředků pro plnění fondu prevence a především preferencí pojištěnců týkající se vhodné stavby portfolia preventivního programu, a to prostřednictvím kvalitativních a kvantitativních metod dotazníkového šetření, benchmarkingu a metodou srovnání.

Uvedené návrhy a doporučení jsou rozděleny do tří kategorií, a to – odchozí pojištěnci, finanční prostředky pro plnění fondu prevence a stavba odpovídajícího preventivního programu dle preferencí respondentů vycházejících z dotazníkového šetření.

5.1 Odchozí pojištěnci

Na základě analýzy odchozích pojištěnců lze konstatovat, že ***RBP přichází v největší míře o pojištěnce od 0 - 44 let.*** Pojištěnci od 0 – 15 let nejsou jednoznačně výhodní dle nákladů na zdravotní péči, ale vzhledem ke skutečnosti z praxe, kdy pojištěnci vyššího věku (rodiče) jsou pojištěni u dané zdravotní pojišťovny, chtějí mít u jedné instituce pojištěnou celou rodinu.

Chceme-li zajistit loajalitu klientů ve věku od 16 – 44 let, je zapotřebí vytvořit vhodné podmínky nejen pro tuto věkovou kategorii, ale také pro jejich děti, tedy pro osoby mladší 15 let.

Na základě dotazníkového šetření je zřejmé, že pojištěnci si vybírají svou zdravotní pojišťovnu nejen na základě nabídky preventivních programů (velice důležité pro 65 %), ale také dle šíře působení dané zdravotní pojišťovny (velice důležité pro 64,3 %), dostupnosti kontaktních míst (velice důležité pro 45,7 %), komunikace se ZP (velice důležité pro 64,3 %), reference okolí (velice důležité pro 55,7%) či názoru svého lékaře (velice důležité pro 37,1 %).

Aby mohly být dosaženy tyto požadavky potenciálních pojištěnců, měla by RBP směřovat svou snahu o získání nových pojištěnců v oblasti Střední Moravy a Moravsko-Slezska, kde je široké pokrytí všech výše uvedených požadavků. Potenciál těchto pojištěnců ve věku 0 – 45 let činí pro RBP 1.374.956 osob, což představuje 56 % obyvatel z celkového počtu obyvatel na daném území a požadovaného věku.

Kdyby se uvažoval celkový počet potenciálních pojištěnců jako celek pro všechny zdravotní pojišťovny působící v ČR s rovnocennou šancí na získání pojištěnců, musel by se potenciál vydělit sedmi. V takovém případě je potenciál pro RBP 196.422 osob, což představuje 8 %.

Při zjištěných příjmech z úhrad zdravotního pojištění a výdajích na zdravotní péči přepočtených na jednoho pojištěnce, činí „zisk“ 426 Kč měsíčně a 5.112 Kč ročně. Za předpokladu, že by v průměru všech 60 % pojištěnců projevilo zájem stát se pojištěnci RBP (dle dotazníkového šetření týkající se dotazů na přestupy k nové zdravotní pojišťovně za předpokladu úhrady daných benefitů), představoval by tento pohyb klientů pro RBP 117.853 potenciálních pojištěnců.

V porovnání nákladů na zdravotní péči a příjmů plateb za veřejné zdravotní pojištění, *by tento přísun nových pojištěnců představoval* pro RBP roční „zisk“ ve výši 602.465.558 Kč.

5.2 Finanční prostředky pro plnění fondu prevence

Na základě analýzy dlužného penále v kategorii plátce OBZP vycházejí výsledky, které označují potenciální výši fondu prevence. Finanční prostředky, které by byly za předpokladu uhrazení získány, představují možnou finanční rezervu, se kterou by RBP mohla operovat ve fondu prevence, a poskytnout tak svým pojištěncům větší nabídku preventivního programu a zároveň poskytnout zajímavější výše příspěvků na určité benefity.

Dle analýzy finančních prostředků pro plnění fondu prevence bylo zjištěno, že *míra uskutečněných kontrol dlužníků neroste přímo úměrně vůči zvyšování počtu pojištěnců*. I přes skutečnost, že kategorii plátce OBZP tvoří pouze cca 8 % pojištěnců, tvoří tato kategorie vysoké potenciální příjmy, které plynou z pozdních úhrad zdravotního pojištění a následného vyčíslení dlužného penále a následně tyto finanční prostředky plní fond prevence. Vzhledem k alarmujícím výsledkům, kdy dlužné penále není v průměru ze 49,7 % vůbec uhrazeno a fond prevence tak přichází v průměru o 25.045.134 Kč, je zapotřebí zákroku do personálních záležitostí.

Pro zvýšení šance na úhradu dlužného pojistného a penále je zapotřebí vyššího počtu zaměstnanců, kteří by tuto agendu zajišťovali.

Na jednoho zaměstnance, který pracuje s kontrolami dlužníků v kategorii plátce OBZP, připadá 253.000 Kč uhrazeného dlužného penále ročně, a to při průměrných 93 kontrolách dlužníků a průměrných 28 vystavených výkazů nedoplatků.

Při **přijmutí alespoň dvou zaměstnanců**, kteří by vykonávali pouze kontrolní činnost plátců OBZP, je vysoká pravděpodobnost, že by se přímo úměrně zvýšila produktivita v oblasti vystavovaných kontrol a následných výkazů nedoplatků. Za předpokladu, že by dva noví zaměstnanci pracovali pouze na této agendě a byla by neměnná morálka plátců, zvýšilo by se uhrazené dlužné penále o 506.000 Kč ročně + cca 35 % [8] (produktivita práce těchto dvou zaměstnanců směřuje pouze na jednu agendu – kontrola OBZP). V součtu by tato úprava stavu zaměstnanců měla přinést cca 676.100 Kč, a to pouze z úhrad za dlužné penále.

Tito zaměstnanci by průběžně kontrolovali vykázané sestavy OBZP nebo osob bez uvedení kategorie plátce a pravidelně obesílali tyto osoby s upomínkou o zaplacení nebo upozornění na vzniklý dluh. Při pravidelnějších kontrolách těchto pojištěnců by se mohlo přistoupit k řešení, kdy by při zjištění více než půlroční nekázně úhrady zdravotního pojištění zaslalo oznámení, a v případě neakceptování této výzvy, by se dluh postoupil k výkazu nedoplatku, ze kterého již poté plyne povinnost hradit také dlužné penále. S tímto přístupem souhlasí 71,43 % respondentů, kteří byli dotazováni, zda si myslí, jestli by osoby mající dluh na zdravotním pojištění se smluvenými pravidelnými měsíčními splátkami měli hradit také dlužné penále, a to v případě, že tuto dohodu nedodržují.

Tento problém s obesíláním dlužníků je úzce **spojen s často obtížným doručením písemností k rukám dané osoby**. V průměru 589 kontrol (10 %) není z celkového počtu vystavených kontrol doručeno svému adresátu, což je zapříčiněno neuvedením odpovídající kontaktní adresy v registru pojištěnců. Tito pojištěnci mají v registru uvedenou pouze trvalou adresu, která je vedena na městském úřadě a svou korespondenci si nevyzvedávají nebo na své kontaktní adrese jsou neznámí. Také díky této praxi je v průměru 2.806.980 Kč předepsaného dlužného penále odepsáno bez dalšího vymáhání, což opět snižuje potenciální výši zůstatku fondu prevence.

Pro snížení těchto odpisů pohledávek a celkové zlepšení manipulovatelnosti s korespondencí dlužníků, by bylo velice přínosné, kdyby se v případě dlužníka s **trvalým pobytem na městském úřadě mohlo jednat s upravenými pravidly**. V současnosti lze využít fikci doručení, avšak v případě, že pojištěnec nebyl nikdy dříve seznámen se vznikem dluhu

a pojištěnec obsílku nepřevzal, nemůže se s tímto dluhem nijak dále nakládat. Dalším krokem je opakování tohoto postupu, což mnohdy vede až k odpisu pohledávky.

Řešením by bylo, kdyby při nepřevzetí obsílky pojištěnec nereagoval např. 3x po sobě a zároveň o svém dluhu oficiální cestou nebyl spraven (avšak by o pohledávce věděl), mohl by se považovat tento vzorec chování dlužníka jako maření vymahatelné činnosti a předat tuto výši pohledávky na právní oddělení, kde se již tito dlužníci dle interních metodik přidělují exekutorům. Osoby vedené na městském úřadě by poté měly důvod, vyzvedávat si svou korespondenci a přijít se pokusit řešit situaci a domluvit se např. na splátkovém kalendáři. V případě projevení zájmu situaci řešit by se RBP pokusilo najít společnou cestu pro co nejšetrnější splacení dluhu. V opačném případě by po 3. neřešené výzvě zakročil exekutor.

Exekutoři má větší možnosti, jakým způsobem se domůže k úhradě předepsaného dluhu, což by zajistilo větší přínos uhrazeného dlužného penále pro následné plnění fondu prevence.

5.3 Stavba vhodného portfolia preventivního programu

Pro stanovení odpovídajícího portfolia preventivního programu se stal rozhodujícím počet hlasů respondentů, kteří zvolili možnost, že v případě úhrady vybraného benefitu (viz tab. 5.1 a 5.2), by byli motivováni k přechodu k nové zdravotní pojišťovně. Benefity, jež se staly **předmětem přerozdělení rozpočtu fondu prevence**, byly stanoveny na základě dotazníkového šetření, kdy tyto **položky získaly více než 25 % v důležitosti** v zasazení do preventivního programu. Návrh úpravy rozpočtu je uveden u položek, které byly analyzovány v kapitole č. 4 a podrobné úpravy celkového rozpočtu fondu prevence jsou po jednotlivých položkách uvedeny v příloze č. 8. – označeno jako suma k přesunu.

Bylo upraveno celkem 25 položek z rozpočtu fondu prevence, přičemž 9 z nich bylo zcela zrušeno ve prospěch nově vzniklého návrhu. Položky charakterem podobné nově vzniklému příspěvku byly zrušeny zcela, aby se finanční prostředky mohly v plné míře využít (např. program Zdraví90 – pohybové aktivity s věkovým omezením, plavání dětí apod.)

5.3.1 Děti a mládež do 18 let

Pro děti a mládež do 18 let byly dle výsledků analýz navrženy tři nově vzniklé benefity, které jsou v průměru požadovány 31,24 % respondentů (viz. tab. 5.1). **Celkový rozpočet** určen pro tuto věkovou kategorii byl stanoven ve výši **4.305.598 Kč**, jež představuje 44,5 % z celkového upraveného rozpočtu (34 % určuje poměr odchozích pojištěnců do 18 let + 10,5 % představuje polovinu zbylé věkové kategorie nad 44 let).

Tab. 5.1 – Návrh preventivního programu (děti a mládež do 18 let)

PREVENTIVNÍ PROGRAM - Děti a mládež do 18 let				
	Počet hlasů	Přepočet hlasů	Rozložení finančních prostředků (v %)	ROZPOČET
1) Školy v přírodě/lyžařský výcvik	91	52,83	39%	1.660.209 Kč
2) Zájmový poh. kroužek / org. plavání	88	51,08	37%	1.605.477 Kč
3) Nákup v lékárně/ cyklistická přilba	57	33,09	24%	1.039.911 Kč
Celkem	236	x	100%	4.305.598 Kč
Váha jednoho hlasu	0,58			9.675.500 Kč
Počet respondentů celkem	137			

Zdroj: vlastní zpracování

1) Školy v přírodě/ lyžařský výcvik

Na základě analýzy požadavků respondentů s nejvyšší mírou zastoupení byl vyhodnocen požadavek na školu v přírodě/lyžařský výcvik. Tato položka již není v nabídce bonusů, což by mělo být upraveno. Na základě výpočtů dle výše uvedené tabulky 5.1, byl navržen **rozpočet** pro tuto aktivitu **1.660.209 Kč**. Dle zkušeností z minulých období, kdy tato položka byla v minulosti RBP hrazena, byl rozpočet vypočten pro 6.000 účastníků. Tento počet účastníků je ověřený počet osob, jež mají o příspěvek zájem, proto tedy pro tyto účely bude s tímto počtem uvažováno.

Při průměrné konkurenční výši příspěvku 633 Kč a průměrné motivační částce 434 Kč, navrhuji částku **500 Kč na osobu**, pro udržení konkurenceschopnosti na základě nejžádanějšího příspěvku pro děti a mládež. Za předpokladu hrazení 500 Kč za osobu, by příspěvek byl umožněn pro 3.320 účastníků. Vzhledem ke skutečnosti, že by tato úhrada uspokojila pouze větší polovinu než v minulém období, navrhuji, aby tento příspěvek byl hrazen u pojištěnců, jež jsou u RBP pojištěni alespoň 2 roky, což zajistí nejen odpovídající

počet účastníků, ale také motivaci pro loajalitu pojištěnců.

2) Fixní/snímatelný aparát – rovnátka

Tato položka byla na základě 55,71 % požadovanosti respondentů ponechána v **rozpočtu** ve stejné výši, jako bylo ve ZPP pro rok 2016, která činí **2.500.000 Kč**. Rozpočet na tyto dvě položky vychází z dlouhodobých výsledků na základě zkušeností minulých let.

Výše maximální úhrady na tuto aktivitu je **1.000 Kč na osobu**, která vychází z dlouhodobých zkušeností minulých let. Tato položka je vysoce konkurenceschopná, protože průměrná výše příspěvku je 940 Kč. Za předpokladu, že každý účastník využije maximálního příspěvku, vychází na tuto aktivitu úhrada pro 2.500 účastníků.

3) Očkování

Při důležitosti 40,71 % této položky je navrženo ponechání výše rozpočtu v plné výši, a to u z praxe nejžádanějších typů očkování, jako je očkování proti klíšťové encefalitidě, hepatitidě a očkování proti rotavirům a meningokokům. U ostatních očkování byly rozpočty sníženy celkem o 440.000 Kč ve prospěch nově určených hrazených aktivit. **Celkový rozpočet** pro očkování je tedy po úpravě **12.380.000 Kč**.

Výše maximální úhrady na tuto aktivitu je **1.000 Kč na osobu**, která vychází z dlouhodobých zkušeností minulých let. Tato položka je vysoce konkurenceschopná, protože průměrná výše příspěvku je 589 Kč, což představuje výhodu pro potenciálního pojištěnce 411 Kč oproti jiným ZP. Za předpokladu, že každý účastník využije maximálního příspěvku, vychází na tuto aktivitu úhrada pro 12.380 účastníků.

4) Zájmový pohybový kroužek/organizované plavání

Vzhledem k důležitosti benefitu na 50,71 % a skutečnosti, že RBP hradí pouze organizované plavání, je nutná úprava rozpočtu. Dle výpočtu v tabulce 5.1, bylo pro tuto aktivitu **vytyčeno 1.605.477 Kč**, což při zkušenostech s úhradou organizovaného plavání (hrazenou v současnosti) by mělo o tento příspěvek zájem 5.000 účastníků. V přepočtu na jednoho pojištěnce úhrada aktivity vychází na 321 Kč.

Při průměrné konkurenční výši příspěvku 385 Kč a průměrné motivační částce 434 Kč, navrhuji částku **450 Kč na osobu**.

Za předpokladu hrazení 450 Kč za osobu, by příspěvek byl umožněn pro 3 568 účastníků, což by při nově vzniklém benefitu mělo zapříčinit přísun nových pojištěnců na základě 46 % motivace k přechodu k nové ZP za předpokladu úhrady této položky.

Původní rozpočet pro organizované plavání činil 2.500.000 Kč, který byl na základě vyhodnocení a finančních možností rozložen do více aktivit. Rozpočet pro organizované plavání byl proto snížen o 894.523 Kč, aby se rozšířila nabídka preventivních programů a potenciální pojištěnec měl pocit, že RBP nabízí větší škálu benefitů (viz. položka zájmový kroužek apod.

5) Nákup cyklistické přilby / nákup v lékárně (vitamíny)

Na základě průměrné motivace 41,25 % k přechodu k nové ZP za předpokladu úhrady těchto aktivit, doporučuji **úpravu rozpočtu** dle výpočtu uvedeného v tabulce 5.1, a to **na 1.039.911 Kč**, což při zkušenostech by mělo o tento příspěvek zájem 5.000 (dle příspěvku na úhradu vitamínů hrazených v současnosti). V přepočtu na jednoho pojištěnce úhrada aktivity vychází na 208 Kč.

Při průměrné konkurenční výši příspěvku 150 Kč a průměrné motivační částce 434 Kč, navrhuji výši příspěvku **250 Kč na osobu**, což představuje v průměru vyšší úhradu o 100 Kč, než hradí konkurence. Tato výše příspěvku by měla vést k zvýšení počtu pojištěnců, a to v závislosti na nižší konkurenční nabídce a 41,25 % motivaci pojištěnců k přechodu k nové ZP za předpokladu úhrady této aktivity. Za předpokladu hrazení 250 Kč na osobu, by příspěvek byl umožněn pro 4.160 účastníků, což téměř odpovídá zkušenostem z minulých let.

5.3.2 Dospělí pojištěnci nad 19 let

Pro dospělé pojištěnce nad 19 let byly rovněž dle výsledků analýz navrženy čtyři nově vzniklé benefity, které jsou v průměru požadovány 44,29 % respondentů (viz. tab. 5.2). **Celkový rozpočet** určen pro tuto věkovou kategorii byl stanoven ve výši **5.369.903 Kč**, což odpovídá 55,5 % z celkového upraveného rozpočtu (45 % určuje poměr odchozích pojištěnců od 19 let + 10,5 % představuje polovinu zbylé věkové kategorie nad 44 let).

Tab. 5.2 – Návrh preventivního programu (pojištěnci nad 19 let)

PREVENTIVNÍ PROGRAM - Pojištěnci nad 19 let				
	Počet hlasů	Přepočet hlasů	Rozložení finančních prostředků (v %)	ROZPOČET
Rehabilitační cvičení/masáže	91	35,42	26%	1.388.242 Kč
Pernamentka na plavání	78	30,36	22%	1.189.922 Kč
Vyšetření nehrazené ze ZP	104	40,48	30%	1.586.562 Kč
Nákup v lékárně	79	30,75	22%	1.205.177 Kč
Hlasů celkem	352	x	100%	5.369.903 Kč
Váha jednoho hlasu	0,39			9.675.500 Kč
Počet respondentů celkem	137			

Zdroj: vlastní zpracování

1) Rehabilitační cvičení/ masáže

Na základě analýzy požadavků respondentů s nejvyšší mírou zastoupení byl vyhodnocen požadavek na rehabilitační cvičení/ masáže, a to na 52,86 %. Tato položka není v nabídce bonusů RBP, což by mělo být vzhledem k 66 % motivaci k přestupu k nové ZP za předpokladu úhrady tohoto bonusu jednoznačně upraveno. Na základě výpočtů dle výše uvedené tabulky 5.2, byl navržen **rozpočet** pro tuto aktivitu **1.388.242 Kč**. Vzhledem ke skutečnosti, že tyto příspěvky nebyly v posledních 4 letech hrazeny, nelze vycházet z minulých let. V průměru na každou aktivitu se počítalo s 5.000 účastníky, což tento počet je využít i pro výpočet příspěvku na osobu pro tuto aktivitu., což vychází na 278 Kč na osobu.

Do této položky v rámci konkurence jsou započteny dle benchmarkingu položky - pohybové aktivity bez omezení věku, masáže a rehabilitační cvičení.

Při souhrnné průměrné konkurenční výši příspěvku 316 Kč (250 Kč na masáže a 384 Kč na rehabilitační cvičení a pohybové aktivity) a průměrné motivační částce 434 Kč, navrhuji částku **400 Kč na osobu**, pro udržení konkurenceschopnosti na základě nejžádanějšího příspěvku pro dospělé pojištěnci nad 19 let (největší konkurent ČPZP a VZP proplácí 500 Kč na rehabilitační cvičení). Za předpokladu hrazení 400 Kč na osobu, by příspěvek byl umožněn pro 3 471 účastníků.

Vzhledem ke skutečnosti, že by tato úhrada uspokojila pouze 70 % pojištěnců z předpokládaného čerpání nadstandardu, navrhuji, aby tento příspěvek byl hrazen pouze u pojištěnců, kteří by splňovali podmínky současného programu Zdraví 90. To znamená, že by museli předkládat splněné podmínky týkající se frekvence pravidelných preventivních prohlídek u stomatologa, praktického lékaře a ženy prevenci na gynekologii. Tímto by se zajistila zpětná vazba od pojištěnců a zároveň tento příspěvek bude v nabídce preventivních programů, což z psychologického hlediska kladně působí na potenciální pojištěnce.

2) Permanentka na plavání

Permanentka na plavání patří mezi nejžádanější benefity pro dospělé, a to až na 48,57 %. Tato aktivita není v současnosti RBP hrazena, což navrhuji jednoznačně na základě 60 % motivace k přestupu k jiné ZP upravit. Dle výpočtu v tabulce 5.2, byl na tuto aktivitu navržen **rozpočet 1.189.922 Kč**, což dle zkušeností z minulých období využilo 4000 účastníků. Dle přepočtu na jednu osobu je částka přispívající na tuto aktivitu rovna 298 Kč.

Při průměrné konkurenční výši příspěvku 375 Kč a průměrné motivační částce 434 Kč, navrhuji výši příspěvku **1/3 z ceny permanentky, avšak maximálně 400 Kč na osobu**. Tento postup byl již v minulosti využit (bylo 25 % z ceny permanentky) a opět z psychologického hlediska je tato opětovně vzniklá položka dobrým krokem. V průměru bylo hrazeno v minulosti 200 Kč za tuto položku, což by pro zvýšení na 30 % při maximálním příspěvku 400 Kč představovalo 3.966 uspokojených pojištěnců.

3) Vyšetření nehrazené ze zdravotního pojištění

Vzhledem k důležitosti benefitu na 41,43 % a skutečnosti, je vhodné tento benefit svým pojištěncům nabídnout, a to nejen dle výsledků dotazníkového šetření, ale tato položka patřila v minulosti také mezi velice oblíbené nadstandardy starších pojištěnců – jde tedy

o uspokojení více věkových kategorií. Na základě výpočtu uvedeného v tabulce 5.2, byl **rozpočet** navržen ve výši **1.586.562 Kč**, přičemž dle zkušeností z minulých období podobný příspěvek využilo 5.000 osob. Pro uspokojení všech předpokládaných účastníků aktivity, vychází výše úhrady na 317 Kč na osobu.

Při průměrné konkurenční výši příspěvku 375 Kč a průměrné motivační částce 434 Kč, navrhuji částku **400 Kč na osobu**. Tato částka odpovídá konkurenceschopnosti, protože nejvyšší příspěvek z konkurenčních ZP činí právě 400 Kč.

Za předpokladu hrazení 400 Kč za osobu, by příspěvek byl umožněn pro 3 966 účastníků, což by při vzniklém benefitu mělo zapříčinit přísun nových pojištěnců na základě velice vysoké 76% motivace k přechodu k nové ZP v případě úhrady této položky. Vzhledem k tak vysoké míře motivace k přechodu k nové ZP, byl právě tomuto nadstandardu přidělen největší objem finančních prostředků upraveného rozpočtu.

4) Nákup v lékárně (vitamíny)

Na základě motivace 58 % k přechodu k nové ZP za předpokladu úhrady těchto aktivit, doporučuji **úpravu rozpočtu** dle výpočtu uvedeného v tabulce 5.2, a to **na 1.205.177 Kč**, což za předpokladu počtu účastníků 5.000, představuje výši příspěvku 241 Kč na osobu.

Při průměrné konkurenční výši příspěvku 100 Kč a průměrné motivační částce 434 Kč, navrhuji výši příspěvku **250 Kč na osobu**, což představuje vyšší úhradu o 150 Kč, než hradí konkurence. Současně navrhuji úpravu celkové metodiky úhrady vitaminózní fortifikace, a to takovou, aby se snížila byrokracie týkající se proplácení. V důsledku je pro RBP bezpředmětné pojištěncům stanovovat přesný seznam vitamínů, protože pojištěnec si z principu vitamíny koupí i přesto, že mu dle seznamu nevyhovují. Proto navrhuji libovolný nákup v lékárně bez nutnosti schválení do výše 250 Kč na osobu. Za předpokladu úhrady 250 Kč za osobu, by příspěvek uspokojil 4.821 účastníků.

6 Závěr

Tématem této práce se stalo hospodaření s finančními prostředky zdravotní pojišťovny, a to konkrétně Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo sestavit návrhy pro zvýšení efektivity peněžního toku finančních prostředků, a to v rovině nalezení řešení pro navýšení zdrojů fondu prevence a především efektivnějšího rozložení finančních prostředků tohoto fondu. Ke splnění cíle bylo nutno provést analýzu dlužného penále u kategorie plátců osob bez zdanitelných příjmů, odchozích pojištěnců a především vyhodnocení preferencí pojištěnců ve vztahu k preventivním programům.

Základem této práce se staly teoretické znalosti získané prostřednictvím primárního a sekundárního sběru dat, představující četbu odborných publikací a studium materiálů uveřejněných na internetu. Veškeré teoretické poznatky jsou shrnuty v druhé kapitole této diplomové práce. Třetí kapitola práce prezentuje celkovou charakteristiku Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny.

Metodami využitými pro samotný výzkum se stalo dotazníkové šetření vztahující se k zjištění preferencí pojištěnců, které bylo rozděleno na vyjádření názoru k preventivním programům ve věkové kategorii děti a mládež do 18 let a dospělí pojištěnci nad 19 let. Druhou stěžejní metodou pro stanovení situace na poli konkurence byla kvalitativní metoda benchmarking, na základě které se rozhodovala vhodná výše příspěvku na osobu. Tyto analýzy jsou prezentovány v kapitole č. 4.

Na základě všech výsledků bylo v kapitole č. 5 z původního rozpočtu fondu prevence upraveno 25 položek, kdy se jejich finančních prostředky využily pro tvorbu sumy, která byla poté využita pro stanovení úpravy rozpočtu fondu prevence. Celkový rozpočet se dostal na výši 9.675.500 Kč, jež byl rozdělen na základě věkových kategorií a vybraných benefitů tak, aby splňoval preference pojištěnců. Pro děti a mládež do 18 let vznikly tři nové/upravené benefity v celkovém rozpočtu 4.305.598 Kč a pro kategorii pojištěnci starší 19 let byly navrženy čtyři nové/upravené benefity, a to s rozpočtem 5.369.903 Kč.

Při úpravě rozpočtu se dle výsledků analýzy motivace k přechodu k nové zdravotní pojišťovně může předpokládat nárůst počtu pojištěnců na základě úpravy fondu prevence.

Seznam použité literatury

Odborné knihy

- [1] ČERVENKA, Miroslav. *Soustava veřejných rozpočtů*. Vyd. 1. Praha: Leges, 2009, 205 s. Student (Leges). ISBN 978-80-87212-11-0.
- [2] ČERVINKA, Tomáš. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ s komentářem a příklady 2011*. 3. vyd. Olomouc: ANAG, 2011. 165 s. ISBN 978-807263-644-0.
- [3] DANĚK, A. - GLET, J. *Pojistné na zdravotní pojištění :občan a zdravotní pojištění, zaměstnavatelé a zdravotní pojištění, osoby samostatně výdělečně činné a zdravotní pojištění, osoby, za které je plátcem pojistného na zdravotní pojištění*. 1. vyd. Praha : Praktik, 1998. 112 s. ISBN 80-902286-1-5.
- [4] DANĚK, Antonín a Jiří Glet. *Zdravotní pojištění*. 1. vyd. Praha: Linde nakladatelství, 2003. 95 s. ISBN 80-86131-46-7.
- [5] DOLANSKÝ, Hynek. *Veřejné zdravotnictví*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetřovatelství, 2008, 223 s. ISBN 978-80-7248-494-2.
- [6] DUCHÁČKOVÁ, Eva. *Principy pojištění a pojišťovnictví*. 3. vyd. Praha: Ekopress, 2009. 216 s. ISBN 978-80-86929-51-4.
- [7] DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*. 1. vydání. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80245-0998-9
- [8] FUCHS, K., TULEJA, P.: *Základy ekonomie*. 1. vydání. Praha: Masarykova univerzita v Brně, 2002. 208 s. ISBN 80-210-2966-8
- [9] GLADKIJ, I.: *Management ve zdravotnictví*. 1.vydání. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8
- [10] JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

- [11] KOZEL, Roman. *Moderní marketingový výzkum: nové trendy, kvantitativní a kvalitativní metody a techniky, průběh a organizace, aplikace v praxi, přínosy a možnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. Expert (Grada). ISBN 80-247-0966-X.
- [12] KUVÍKOVÁ, Helena, Milan MURGAŠ a Juraj NEMEC. *Ekonomía zdravotníctva*. Banská Bystrica: Phoenix, 1995, 29 s. ISBN 80-900563-1-8.
- [13] LAJTKEPOVÁ, Eva. *Veřejné finance*. Vyd. 1. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2007, 151 s. ISBN 978-80-7204-495-5.
- [14] MACH J. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. 2. rozšířené vyd. Praha: LexisNexis CZ, 2005. 455 s. ISBN 80-86-199-93-2.
- [15] *MEDICAL TRIBUNE CZ: Tribuna lékařů a zdravotníků* [online]. Časopis, ©2000–2016 [cit. 2016-01-14]. Dostupné z: www.tribune.cz. ISSN 1214-8911.
- [16] NAHODIL, František a kolektiv. *Veřejné finance v České republice*. 1. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009. 313 s. ISBN 987-80-7380-162-5.
- [17] NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80247-2628.
- [19] ÚZ – ÚPLNÁ ZNĚNÍ Č. 1097. *Zdravotní pojištění*. Ostrava: Sagit, 2015, 225 s. ISBN 978-80-7488-127-5.
- [20] VANČUROVÁ, Alena a Stanislav KLAZAR. *Sociální a zdravotní pojištění – úvod do problematiky*. 2. vyd. Praha: ASPI, 2008. 121 s. ISBN 987-80-7357-381-2.
- [21] WATSON, Gregory H. *Strategic Benchmarking Reloaded with Six Sigma: Improve Your Company's Performance Using Global Best Practice*. Hoboken: Wiley, c2007, xxxviii, 318 s. ISBN 978-0-470-06908-0.

Elektronické dokumenty

- [22] BRAINSTORMING. In: *Wikipedie: otevřená encyklopedie* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, naposledy změněno 25. 8. 2014 [cit. 2016-03-26]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Brainstorming>
- [23] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Věkové složení obyvatelstva 2014. *ČZSO.CZ* [online]. 30. 4. 2015 [cit. 2016-03-19]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2014>
- [24] ČPZP. Základní údaje o ČPZP. *CPZP.CZ* [online]. ©2016 [cit. 2016-01-14]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/clanek/45-0-Zakladni-udaje-o-CPZP.html>
- [25] DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ. In: *Wikipedie: otevřená encyklopedie* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, naposledy změněno 15. 10. 2015 [cit. 2016-03-13]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Dotazn%C3%ADkov%C3%A9_%C5%A1et%C5%99en%C3%AD
- [26] GAJDÁČEK, JAROMÍR Zdravotnictví, medicína: Hospodaření zdravotních pojišťoven. *Zdravi.e15.cz* [online]. 9. 11. 2009, ©2016 [cit. 2016-03-13]. ISSN 2336-2987 Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/hospodareni-zdravotnich-pojistoven-447951>
- [27] KANCELÁŘ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ. Na jakou péči mám ve státech EU, EHP a Švýcarsku nárok? *KancelarZP.cz* [online]. ©2016 [cit. 2016-03-06]. Dostupné z: <http://www.kancelarzp.cz/cs/pojistenci/prava-naroky-eu/zdr-poj-pece-eu/narok-na-peci>
- [28] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Prerозdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění. *MZČR.CZ* [online]. ©2010 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/prerозdelovani-pojistneho-na-verejne-zdravotni-pojisteni_3211_1.html
- [29] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Zdravotní pojišťovny: Fondy zdravotních pojišťoven. *MZČR.CZ* [online]. ©2010 [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/fondy-zdravotnich-pojistoven_3441_29.html

- [30] OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *OZP.CZ* [online]. ©2016 [cit. 2016-01-14]. Dostupné z: <http://www.ozp.cz/>
- [31] POJIŠTĚNÍ V PRAXI. Zdravotní pojištění po česku: Trh bez konkurence. *Pojištění v praxi.cz* [online]. ©2014 [cit. 2016-03-10] Dostupné z: <http://www.pojistenivpraxi.cz/zdravotni-pojisteni-po-cesku-trh-bez-konkurence/>
- [32] REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA, ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. Pro pojištěnce. *RNP-ZP.CZ* [online]. ©2016 [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/pro-pojistence/>
- [33] REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA – ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *RBP-ZP.CZ* [online]. © 2016 [cit. 2016-01-03]. Dostupné z: www.rbp-zp.cz
- [34] VOZP. O pojišťovně. *VOZP.CZ* [online]. ©1993–2016 [cit. 2016-01-14]. Dostupné z: <http://www.vozp.cz/cs/o-pojistovne/>
- [35] VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *VZP.CZ* [online]. © 2015 [cit. 2016-01-03]. Dostupné z: www.vzp.cz
- [36] Vzdělávací centrum pro veřejnou správu ČR. Benchmarkingová iniciativa. *Benchmarking VCVSČR.CZ* [online]. Praha, © 2005 [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: <http://www.benchmarking.vcvscr.cz/>
- [37] ZAMĚSTNANECKÁ POJIŠŤOVNA ŠKODA: O nás – profil. *ZPSKODA.CZ* [online]. ©2016 [cit. 2016-01-14]. Dostupné z: <http://www.zpskoda.cz/o-nas/profil>
- [38] ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR. *ZPMVCR.CZ* [online]. ©2016 [cit. 2016-01-14]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/>

Zákony a vyhlášky

- [39] ČESKO. Vyhláška č. 418 ze dne 27. 11. 2003, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2003, částka 138. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-418>

- [40] ČESKO. Zákon České národní rady č. 592 ze dne 20. 11. 1992 o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 119. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-592>
- [41] ČESKO. Zákon č. 48 ze dne 7. 3. 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48> [16+17]
- [42] ČESKO. Zákon České národní rady č. 280 ze dne 28. 4. 1992 o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 58. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-280>
- [43] ČESKO. Zákon č. 133 ze dne 12. 04. 2000 o evidenci obyvatel a rodných čísel a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 39. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-133>

Výroční zprávy a zdravotně pojistný plán

- [44] REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA, ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Výroční zpráva za rok 2011*. RBP, ZP Ostrava, ©2012.
- [45] REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA, ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Výroční zpráva za rok 2012*. RBP, ZP Ostrava, ©2013.
- [46] REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA, ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Výroční zpráva za rok 2013*. RBP, ZP Ostrava, ©2014.
- [47] REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA, ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Výroční zpráva za rok 2014*. RBP, ZP Ostrava, ©2015.
- [48] REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA, ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Zdravotně pojistný plán za rok 2015*. RBP, ZP Ostrava, ©2014.

Seznam zkratek

a. s. – akciová společnost

č. – číslo

ČPZP – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

ČR – Česká republika

EHS – evropské hospodářské společenství

MF – ministerstvo financí

MPSV – ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ – ministerstvo zdravotnictví

OBZP – osoby bez zdanitelných příjmů

OSVČ – osoby samostatně výdělečně činné

OZP – Oborová zdravotní pojišťovna

RBP,ZP – Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

Sb. – sbírka

VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna

VZ - výroční zpráva

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

ZFZP – základní fond zdravotního pojištění

ZPMV – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra

ZPŠ – Zdravotní pojišťovna Škoda

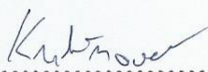
ZPP – zdravotně pojistný plán

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo; - beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3); - souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO; - bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona; - bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 22. dubna 2016



.....

Bc. Kristýna Kuběnová

Seznam příloh

Příloha č. 1	Dotazník I.
Příloha č. 2	Výstupy dotazníkového šetření I.
Příloha č. 3	Dotazník II.
Příloha č. 4	Výstupy dotazníkového šetření II.
Přílohy č. 5	Vyhodnocený záznamový arch pro benchmarking
Příloha č. 6	Tabulka nákladů na zdravotní péči dle věkových skupin <i>(zdroj: interní data RBP)</i>
Příloha č. 7	Přehledy rozpočtů na fond prevence 2012 – 2015 <i>(zdroj: zpracováno dle [44,45,46,47,48])</i>
Příloha č. 8	Úprava rozpočtu fondu prevence – výpočet sumy k přesunu

DOTAZNÍK - pro zjištění vhodného preventivního programu

Dobrý den,

dovolte, abych Vás požádala o pomoc s vyplněním dotazníku, který je určen čistě pro potřeby vypracování mé diplomové práce. Odpovědi jsou zcela anonymní.

Tímto dotazníkem bych ráda získala informace, co si pojištěnci představují pod vyhovující nabídkou své zdravotní pojišťovny (proplácení vitamínů, plavání, apod.) a jaká je úroveň jejich spokojenosti. *Dotazník Vám zabere cca 5 minut.*

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

1. Ohodnot'te prosím, co Vás ovlivňuje nejvíce při výběru zdravotní pojišťovny.

(0 - nejméně, 5 nejvíce) - Můžete zvolit shodné bodování u více položek.

- 1.1 Dostupnost kontaktních míst.
- 1.2 Nabídka nadstandardů.
- 1.3 Šíře působení.
- 1.4 Reference okolí.
- 1.5 Reklama.
- 1.6 Komunikace se ZP.
- 1.7 Názor lékaře.

2. Využíváte nabídky nadstandardů své zdravotní pojišťovny?

- 2.1 Ano.
- 2.2 Ne.

3. Vyberte 3 položky, které byste nejvíce uvítali v nabídce ZP (pro dospělé pojištěnce).

(Zvolte alespoň jednu možnost, maximálně 3 možnosti).

- 3.1 Permanentka na plavání.
- 3.2. Vyšetření nehrazené z veřejného zdravotního pojištění (stomatologie, vyšetření zraku). Vyšetření zraku (HRT, OCT).
- 3.3 Solná jeskyně, sauna.

Příloha č. 1 Dotazník I.

- 3.4 Nákup v lékárně.
- 3.5 Ortopedická obuv.
- 3.6 Nákup v optice.
- 3.7 Cyklistická přilba.
- 3.8 Možný převod částky na dítě.
- 3.9 Rehabilitační cvičení, masáže.
- 3.10 Očkování.

4. Vyberte 3 položky, které byste nejvíce uvítali v nabídce ZP (pro děti a mládež do 18 let).

(Zvolte alespoň jednu možnost, maximálně 3 možnosti.)

- 4.1 Cyklistická přilba.
- 4.2 Nákup v lékárně.
- 4.3. Organizované plavání.
- 4.4 Školy v přírodě/lyžařský výcvik.
- 4.5 Zájmový kroužek.
- 4.6 Ortopedická obuv.
- 4.7 Fixní/snímatelný aparát – rovnátka.
- 4.8 Očkování.
- 4.9 Nákup v optice.

5. Jaká výše za Vámi vybraný nadstandard Vás již motivuje ke změně ZP?

- | | |
|---------------|-----------------|
| 5.1 100 Kč | 5.7 700 Kč |
| 5.2 200 Kč | 5.8 800 Kč |
| 5.3 300 Kč | 5.9 900 Kč |
| 5.4 400 Kč | 5.10 1.000 Kč |

Příloha č. 1 Dotazník I.

5.5 500 Kč

5.11 Při spokojenosti nepotřebuji měnit ZP.

5.6 600 Kč

6. Byl/a jste někdy dlužníkem vůči své zdravotní pojišťovně?

6.1 Ano.

6.2 Ne.

7. Myslíte si, že by se mělo vymáhat penále u všech dlužníků, kteří uznali svůj dluh nesplácí pravidelně dohodnuté splátky?

7.1 Ano.

7.2 Ne.

7.3 Vlastní odpověď.

8. Jaký je Váš věk?

8.1 15-18 let

8.5 36-40 let

8.2 19-25 let

8.6 41-44 let

8.3 26-30 let

8.7 45-60 let

8.4 31-35 let

8.8 61 let a více

9. Jakého jste pohlaví?

9.1 Žena.

9.2 Muž.

10. Jakého jste dosáhl/a nejvyššího vzdělání?

10.1 Základní.

10.4 Učiliště – výuční list.

10.2 Středoškolské – maturita.

10.5 Vyšší odborné.

10.3 Vysokoškolské.

Otázka č. 1

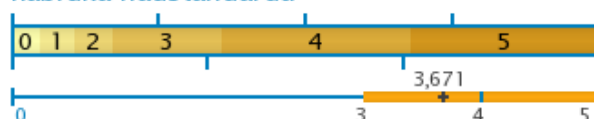
Ohodnoťte prosím, co Vás
ovlivňuje nejvíce při výběru
zdravotní pojišťovny.

dostupnost kontaktních míst



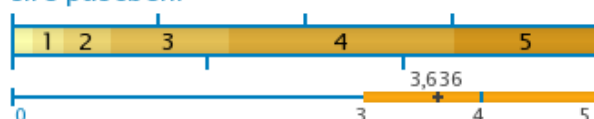
0 [8× → 5,7 %], 1 [13× → 9,3 %], 2 [18× → 12,9 %], 3 [37× → 26,4 %], 4 [36× → 25,7 %], 5 [28× → 20 %]

nabídka nadstandardů



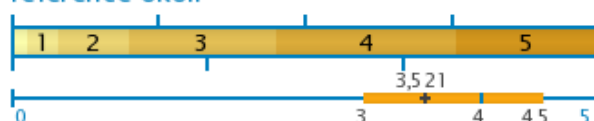
0 [6× → 4,3 %], 1 [8× → 5,7 %], 2 [9× → 6,4 %], 3 [26× → 18,6 %], 4 [45× → 32,1 %], 5 [46× → 32,9 %]

šíře působení



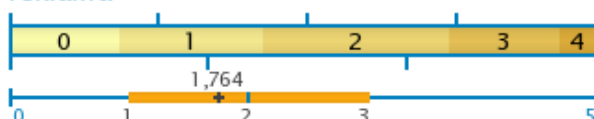
0 [4× → 2,9 %], 1 [7× → 5 %], 2 [11× → 7,9 %], 3 [28× → 20 %], 4 [54× → 38,6 %], 5 [36× → 25,7 %]

reference okolí



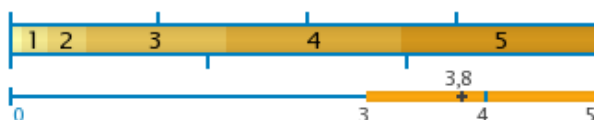
0 [3× → 2,1 %], 1 [7× → 5 %], 2 [17× → 12,1 %], 3 [35× → 25 %], 4 [43× → 30,7 %], 5 [35× → 25 %]

reklama



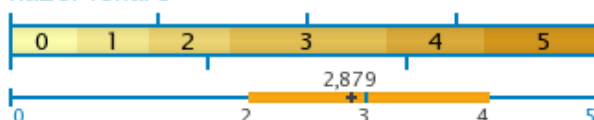
0 [25× → 17,9 %], 1 [34× → 24,3 %], 2 [44× → 31,4 %], 3 [26× → 18,6 %], 4 [8× → 5,7 %], 5 [3× → 2,1 %]

komunikace se ZP



0 [2× → 1,4 %], 1 [6× → 4,3 %], 2 [9× → 6,4 %], 3 [33× → 23,6 %], 4 [41× → 29,3 %], 5 [49× → 35 %]

názor lékaře



0 [15× → 10,7 %], 1 [17× → 12,1 %], 2 [19× → 13,6 %], 3 [37× → 26,4 %], 4 [23× → 16,4 %], 5 [29× → 20,7 %]

Příloha č. 2 Výstupy dotazníkového šetření I.

Otázka č. 2

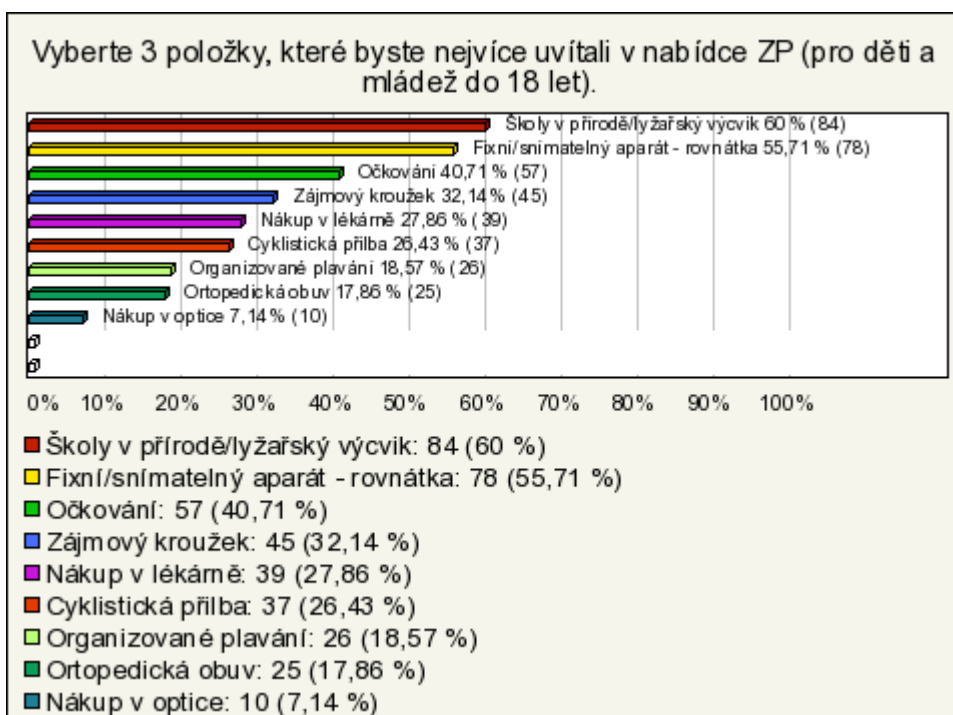


Otázka č. 3



Příloha č. 2 Výstupy dotazníkového šetření I.

Otázka č. 4



Otázka č. 5



Příloha č. 2 Výstupy dotazníkového šetření I.

Otázka č. 6

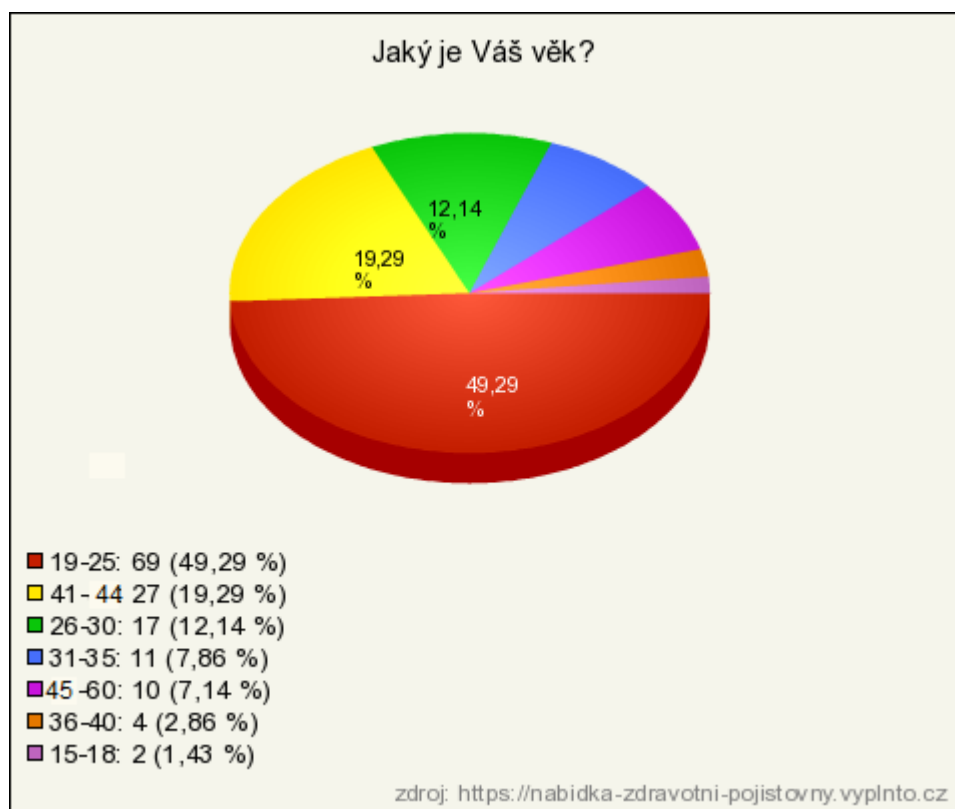


Otázka č. 7

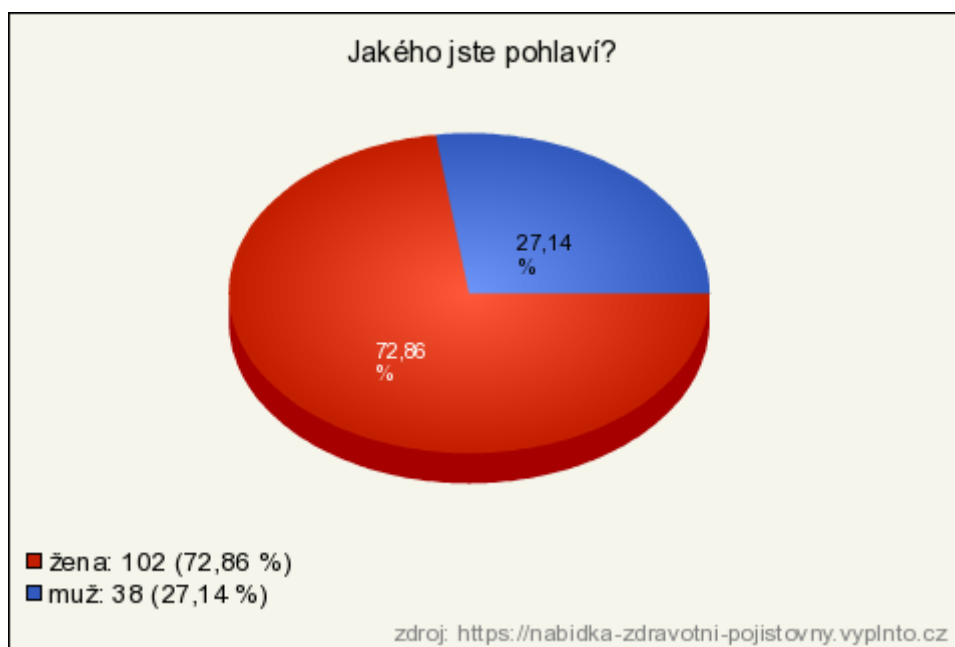


Příloha č. 2 Výstupy dotazníkového šetření I.

Otázka č. 8



Otázka č. 9



Příloha č. 2 Výstupy dotazníkového šetření I.

Otázka č. 10



DOTAZNÍK – Změna zdravotní pojišťovny

Dobrý den,

dovoďte, abych Vás požádala o pomoc s vyplněním dotazníku, který je určen čistě pro potřeby vypracování mé diplomové práce. Odpovědi jsou zcela anonymní.

Tímto dotazníkem bych ráda získala informace týkající se chování pojištěnců při navýšení preventivního programu zdravotní pojišťovny (proplácení vitamínů, plavání, apod.).

Cílem je zjistit, jestli navyšování limitu nadstandardů opravdu vede k navýšení počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny.

Dotazník Vám zabere cca 2 minuty.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

1. Přešli byste k nové zdravotní pojišťovně, jestliže by nová ZP hradila vybranou aktivitu (nadstandardy pro pojištěnce od 19 let)?

(Jde o situaci, kdy přemýšlíte nad změnou zdravotní pojišťovny)

(U každé podotázky zvolte odpověď na dané škále – ANO/ NE)

- 1.1 Rehabilitační cvičení/masáže.
- 1.2 Permanentka na plavání.
- 1.3 Vyšetření nehrazené z veřejného zdravotního pojištění (stomatologie, vyšetření zraku, znamének apod.).
- 1.4 Nákup v lékárně.
- 1.5 Nákup v optice.
- 1.6 Očkování.
- 1.7 Ortopedická obuv.
- 1.8 Možný převod částky na dítě.

Příloha č. 3 – Dotazník II.

2. Přešli byste k nové zdravotní pojišťovně, jestliže by nová ZP hradila vybranou aktivitu (nadstandardy pro děti a dorost do 18 let)?

(Jde o situaci, kdy přemýšlíte nad změnou zdravotní pojišťovny)

(U každé podotázky zvolte odpověď na dané škále – ANO/ NE)

- 2.1 Školy v přírodě/lyžařský výcvik.
- 2.2 Fixní/snímatelný aparát - rovnátka.
- 2.3 Očkování.
- 2.4 Zájmový kroužek - pohybový.
- 2.5 Nákup v lékárně.
- 2.6 Cyklistická přilba.
- 2.7 Organizované plavání.
- 2.8 Ortopedická obuv.

3. Jaký je Váš věk?

- | | |
|---------------|-------------------|
| 3.1 15-18 let | 3.5 36-40 let |
| 3.2 19-25 let | 3.6 41-44 let |
| 3.3 26-30 let | 3.7 45-60 let |
| 3.4 31-35 let | 3.8 61 let a více |

4. Jakého jste dosáhl/a nejvyššího vzdělání?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 4.1 Vysoškolské. | 4.3 Účiliště – výuční list. |
| 4.2 Středoškolské – maturita. | 4.4 Základní. |

5. Jakého jste pohlaví?

- 5.1 Žena.
- 5.2 Muž.

Příloha č. 4 – Výstupy dotazníkového šetření II.

Otázka č. 1

Přešli byste k nové zdravotní pojišťovně, jestliže by nová ZP hradila vybranou aktivitu (nadstandardy pro pojištěnce od 19 let):

Rehabilitační cvičení/masáže.



1 - Ano [91× → 66,4 %], 2 - Ne [46× → 33,6 %]

Permanentka na plavání.



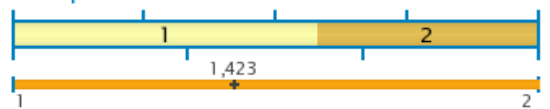
1 - Ano [78× → 56,9 %], 2 - Ne [59× → 43,1 %]

Vyšetření nehrazené z veřejného zdravotního pojištění (stomatologie, vyšetření zraku, znamének apod.).



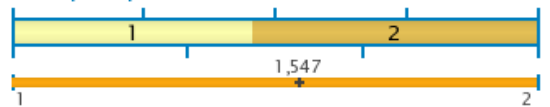
1 - Ano [104× → 75,9 %], 2 - Ne [33× → 24,1 %]

Nákup v lékárně.



1 - Ano [79× → 57,7 %], 2 - Ne [58× → 42,3 %]

Nákup v optice.



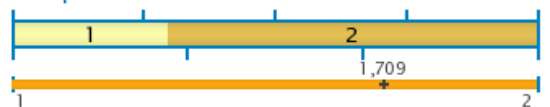
1 - Ano [62× → 45,3 %], 2 - Ne [75× → 54,7 %]

Očkování.



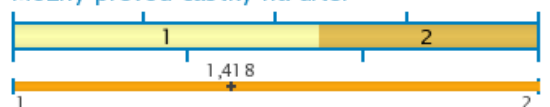
1 - Ano [88× → 64,2 %], 2 - Ne [49× → 35,8 %]

Ortopedická obuv.



1 - Ano [39× → 29,1 %], 2 - Ne [95× → 70,9 %]

Možný převod částky na dítě.



1 - Ano [78× → 58,2 %], 2 - Ne [56× → 41,8 %]

Příloha č. 4 – Výstupy dotazníkového šetření II.

Otázka 2.

Přešli byste k nové zdravotní pojišťovně, jestliže by nová ZP hradila vybranou aktivitu (nadstandardy pro děti a dorost do 18 let):

Školy v přírodě/lyžařský výcvik.



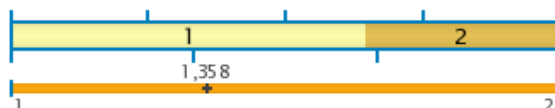
1 - Ano [91× → 66,4 %], 2 - Ne [46× → 33,6 %]

Fixní/snímatelný aparát – rovnátka.



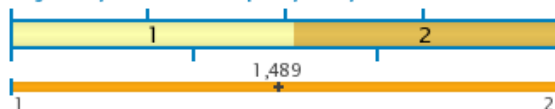
1 - Ano [91× → 66,4 %], 2 - Ne [46× → 33,6 %]

Očkování.



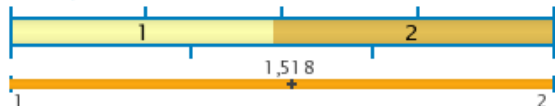
1 - Ano [88× → 64,2 %], 2 - Ne [49× → 35,8 %]

Zájmový kroužek – pohybový.



1 - Ano [70× → 51,1 %], 2 - Ne [67× → 48,9 %]

Nákup v lékárně.



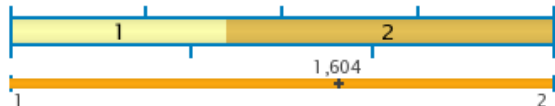
1 - Ano [66× → 48,2 %], 2 - Ne [71× → 51,8 %]

Cyklistická přilba.



1 - Ano [47× → 34,3 %], 2 - Ne [90× → 65,7 %]

Organizované plavání.



1 - Ano [53× → 39,6 %], 2 - Ne [81× → 60,4 %]

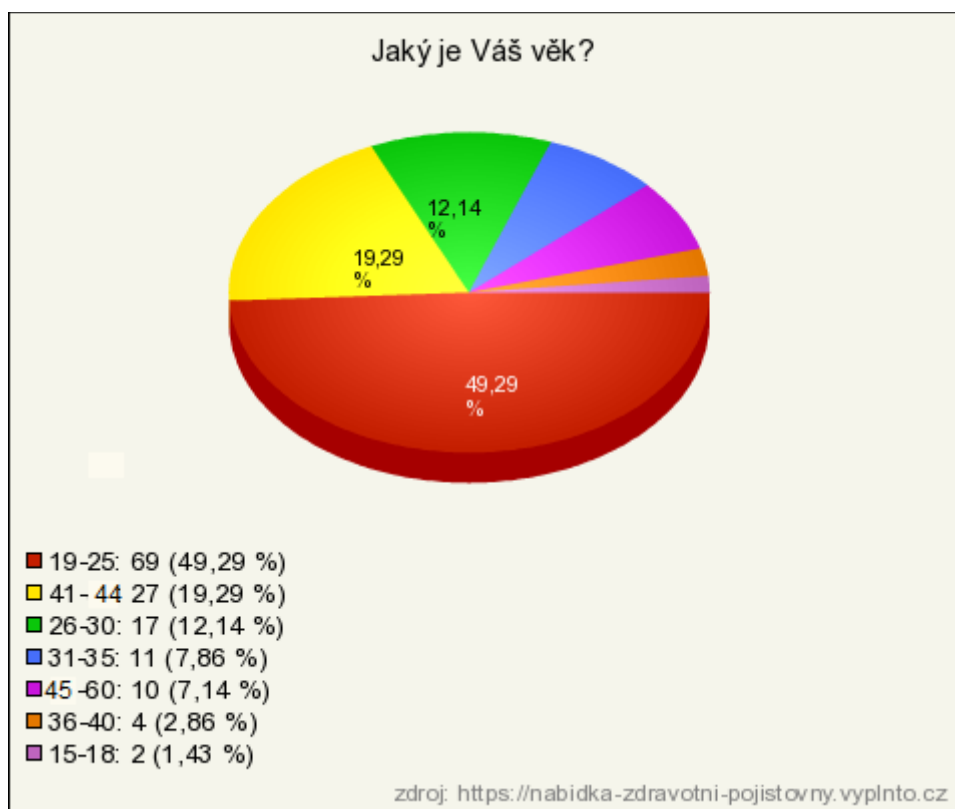
Ortopedická obuv.



1 - Ano [49× → 36,6 %], 2 - Ne [85× → 63,4 %]

Příloha č. 4 – Výstupy dotazníkového šetření II.

Otázka č. 3

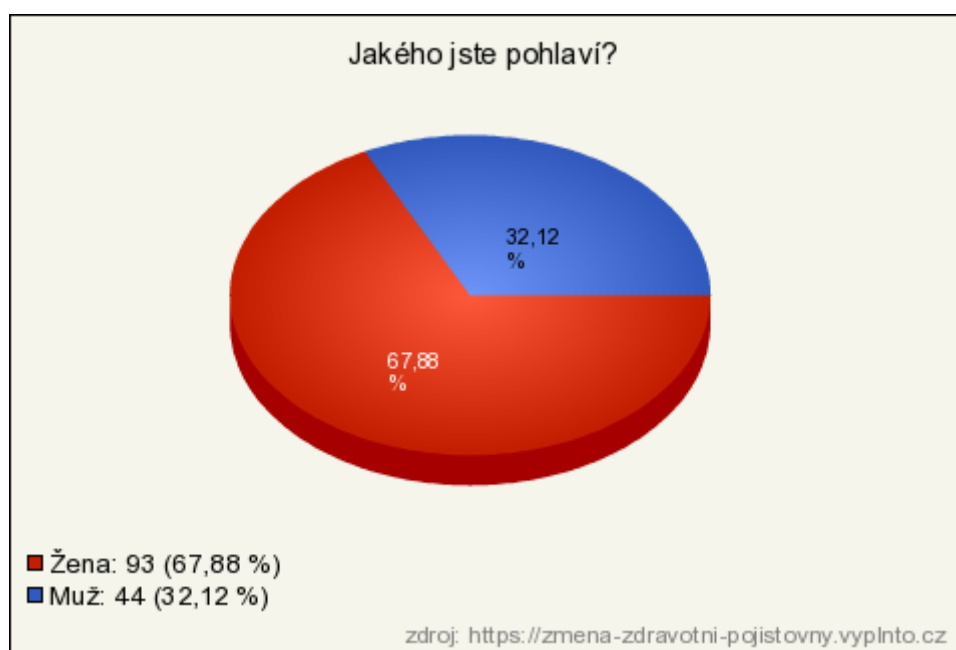


Otázka č. 4



Příloha č. 4 – Výstupy dotazníkového šetření II.

Otázka č. 5



Příloha č. 5 – Vyhodnocení záznamový arch pro benchmarking

Typ nadstandardu 2016	Zdravotní pojišťovna							Požadavek klientů	Změna ZP při nadstandardu	Ø výše přísp. vypočtena jen z hrazených
	RBP	VZP	ČPZP	ZPMV	VoZP	ZPŠ	OZP			
Děti do 18 let										
1) Nákup mléčné výživy	300	0	0	0	0	1000	0	-	-	650 Kč
2) Příspěvek na celiakii	500	6000	0	600	400	4000	ano	-	-	2 300 Kč
3) Cvičení rodičů s dětmi	300	0	0	0	500*	300	ano	-	-	367 Kč
4) Monitor dechu	ano	0	ano	0	0	0	ano	-	-	-
5) Škola v přírodě / lyžařský výcvik	0	0	0	600	1000*	300	ano	60%	66%	633 Kč
6) Tábory	0	0	300*	0	0	300	ano	-	-	300 Kč
7) Školka v přírodě	500	0	0	0	0	300	0	-	-	400 Kč
8) Zájmový kroužek - pohybový	0	500*	0	0	0	300	0	32%	51%	400 Kč
9) Organizované plavání	500	500*	300*	0	1000 a 250*	300	ano	19%	40%	370 Kč
10) Fixní/snímatelná rovnátka	500	0	300*	600*	2400*	800	0	56%	66%	940 Kč
11) Nákup v lékárně/vitamíny	100	0	0	0	200*	0	ano	28%	48%	150 Kč
12) Sportovní prohlídka	300	0	300	600	200	300	0	-	-	283 Kč
13) Saunování, solná jeskyně	0	0	0	0	250	0	ano	-	-	250 Kč
14) Vyšetření znamének	500	500	500	0	400	0	ano	-	-	475 Kč
15) Cyklistická prilba	0	0	0	0	300	300	0	26%	34%	300 Kč
16) Nákup v optice	0	0	0	0	0	0	ano	-	-	-
17) Ortopedická obuv	0	0	0	0	0	0	0	18%	37%	-
Očkování:										
18) Klíšťová encefalitida	1000	600	500	600	1/3 z ceny*	400	300	41%	64%	567 Kč
19) Žloutenka	1000	500	500	300	0	800	300	41%	64%	567 Kč
20) Chřipka	1000	500	500	300*	0	400	300	41%	64%	500 Kč
21) Novorozenecké očkování	1000	500	500	300	0	800	1300	41%	64%	733 Kč
22) Břišní tyfus, černý kašel	0	1000	500	300	0	800	300	41%	64%	580 Kč
23) Rakovina děložního čípku	4000	2500	0	300	2500	4000	ano	41%	64%	2 660 Kč
BONUSY nezapočtené do limitu										
24) Ozdravný pobyt dětí	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano			
25) Vitamíny zdarma	0	0	ano	0	0	0	0			

Příloha č. 5 – Vyhodnocení záznamový arch pro benchmarking

Typ nadstandardu 2016	Zdravotní pojišťovna							Požadavek klientů	Změna ZP při nadstandardu	Ø výše přisp. vypočtena jen z hrazených
	RBP	VZP	ČPZP	ZPMV	VoZP	ZPŠ	OZP			
Dospělí nad 19 let										
26) Převod limitu na dítě	0	0	0	0	0	0	ano	14%	58%	-
27) Dentální hygiena	0	0	0	0	400*	0	ano	41%	76%	400 Kč
28) Úhrada stomatologie mimo DH	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-
29) Prevence poruch paměti	0	0	300	0	0	0	0	-	-	300 Kč
30) Přípravky na prostatu	300	0	0	0	0	0	0	-	-	300 Kč
31) Přípravky na osteo./menopauzu	300	0	0	0	0	0	0	-	-	300 Kč
32) Permamentka na plavání	0	500	0	0	250	0	0	49%	60%	375 Kč
33) Saunování, solná jeskyně	0	0	0	0	250	0	ano	15%	-	250 Kč
34) Prevence glaukomu - vyš. zraku	0	0	300*	400	0	0	ano	14%	76%	350 Kč
35) Sportovní prohlídka	300	0	300	0	0	300	0	-	-	300 Kč
36) Nákup v lékárně /vitamíny	100	0	0	0	0	0	ano	34%	58%	100 Kč
37) Nákup v optice	0	0	0	0	0	0	ano	22%	45%	-
38) Pohybové aktivity pro všechny	0	500	0	0	250	300	0	53%	66%	350 Kč
39) Pohybové akt. s věk. omezením	500	0	0	200*	0	0	ano	-	-	350 Kč
40) Otec u porodu	0	0	300	0	0	1000	0	-	-	650 Kč
41) Ortopedická obuv	0	0	500	0	0	0	0	13%	29%	500 Kč
42) Přípravky pro zubní náhrady	300	0	0	0	0	0	0	-	-	300 Kč
43) Masáže	0	0	0	0	250	0	0	53%	66%	250 Kč
44) Rehabilitační cvičení	0	500	500	0	250	0	0	53%	66%	417 Kč
Očkování:										
46) Rakovina děložního čípku	4000	500	300	300	0	800	ano	30%	64%	1 180 Kč
47) Chřipka	1000	500	300	300	450	400	ano	30%	64%	492 Kč
49) Klíšťová encefalitida	1000	650	300	600	450	400	ano	30%	64%	567 Kč
50) Ostatní	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	30%	64%	-

Příloha č. 5 – Vyhodnocení záznamový arch pro benchmarking

Typ nadstandardu 2016	Zdravotní pojišťovna							Požadavek klientů	Změna ZP při nadstandardu	Ø výše přísp. vypočtena jen z hrazených
	RBP	VZP	ČPZP	ZPMV	VoZP	ZPŠ	OZP			
Dospělí nad 19 let										
Prevence proti rakovině:										
51) Rakovina prsu	500	0	300	500	800*	300	zdarma*	-	-	400 Kč
52) Rakovina prostaty	500	0	500	500	0	ano	zdarma*	-	-	500 Kč
53) Rakovina kůže	500	0	500	500	400	ano	zdarma*	-	-	475 Kč
54) Očkování děložního čípku	4000	0	0	0	0	800	0	-	-	2 400 Kč
55) Rakovina tlustého střeva	500	0	500	500	150	0	zdarma*	-	-	413 Kč
Těhotenství:										
56) Prvotrimestrální screening	700	1000	1000	800	800	1200*	1300*	-	-	917 Kč
57) Epidurální analgezie	700	0	1000	800	0	0	0	-	-	833 Kč
58) Plavání, masáže těhotných žen	0	1000	1000	800	800	1000	0	-	-	920 Kč
59) Porodní kurz	700	1000	1000	800	800	1000	1300*	-	-	942 Kč
60) Těhotenské vitamíny	700	0	0	800	200	500	1300*	-	-	700 Kč
61) Poporodní aktivity/přípravky	0	1000	0	800	800	500	1300*	-	-	880 Kč
Dárci krve:										
62) Dárci krve	2000	1000	3500	3000	2000	3000	2000	-	-	2 357 Kč
63) Dárci kostní dřeně	2000	1000	6000	3000	2000	3000	3000	-	-	2 857 Kč
BONUSY nezapočtené do limitu										
65) Zvýhodněné cestovní pojištění	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano			
66) Slevový program služeb	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano			

Příloha č. 5 – Vyhodnocený záznamový arch pro benchmarking

Typ nadstandardu 2016	Doplňující informace k nadstandardům *
	Zdravotní pojišťovna - ČPZP
6) Tábory	Pro děti 6-16 let, min. 4 dny. Frekvence čerpání dle příslušnosti rodičů k ZP.
9) Organizované plavání	Pro děti 0-8 let, v období leden-červen 2016.
10) Fixní/snímatelný aparát	Frekvence čerpání dle příslušnosti rodičů k ZP.
25) Vitamíny zdarma	Výdej říjen-prosinec na pobočkách ZP, pro děti 3-15 let.
30) Přípravky na prostatu	500 Kč na vyšetření prostaty. Od 40 let.
31) Přípravky na osteop./menopauz.	500 Kč na vyšetření osteoporózy. Od 50 let - Vyšetření celotělovým denzitometrem.
34) Prevence glaukomu.	1x za dva roky.
68) Rehabilitační cvičení	Březen a září, do vyčerpání rozpočtu na aktivitu.
Typ nadstandardu 2016	Doplňující informace k nadstandardům
	Zdravotní pojišťovna - ZPŠ
10) Fixní/snímatelná rovnátka	Lze čerpat 1x za dobu pojištění v ZP.
56) Protrimestriální screening	Se schválením revizního lékaře ZPŠ.
Typ nadstandardu 2016	Doplňující informace k nadstandardům
	Zdravotní pojišťovna - ZPMV
63) Dárci kostní dřeně	Nárok vzniklý v roce 2016.
20) Chřipka	Lze uplatnit v období září-říjen.
10) Fixní/snímatelná rovnátka	Pouze na jednu čelist. Typ rovnátek posuzuje revizní lékař ZP.
39) Pohybové aktivity s věk. omezením	Senioři nad 65 let. Může být také nákup nordic walking holí.
Typ nadstandardu 2016	Doplňující informace k nadstandardům*
	Zdravotní pojišťovna - RBP
23) Očkování proti rak. děl. čípku	Uplatňováno mimo roční limit pojištěnce - tedy až 4.000 Kč navíc, do 30 let.
39) Pohybové aktivity s věk.omezením	Pojištěnci se do programu mohou zaregistrovat, pokud jsou v programu P90 (možnost reg. do 30 let).

Příloha č. 5 – Vyhodnocení záznamový arch pro benchmarking

Typ nadstandardu 2016	Doplňující informace k nadstandardům*
	Zdravotní pojišťovna - VZP
8) Zájmový kroužek - pohybový	Lze uplatit pouze na základě voucheru, který vydává poskytovatel aktivity - musí být v asociaci školních sportovních klubů.
9) Organizované plavání	
Typ nadstandardu 2016	Doplňující informace k nadstandardům*
	Zdravotní pojišťovna - VoZP
3) Cvičení ročičů s dětmi	Pro uplatnění musí být pojištěni u ZP dítě i rodič.
5) Škola v přírodě / lyžařský výcvik	Lze uplatnit 1x za dobu školní docházky.
9) Organizované plavání	V nabídce je plavání do 18 let za 250 Kč a plavání kojenců a batolat do 3 let ve výši 1000 Kč (musí být pojištěno dítě i ZZ).
10) Fixní/snímatelná rovnátka	Pouze na fixní rovnátka, možno uplatnit pouze 1x za dobu léčby.
11) Nákup v lékárně/vitamíny	Musí obsahovat převahu vitamínu C nebo B, může být také multivitamin.
18) Klíšťová encefalitida	Přeočkování se proplácí plně, jestliže proběhně aplikace od 3 do 5 let od ukončení základní očkování.
27) Dentální hygiena	Instruktor dentální hygieny.
51) Rakovina prsu	Lze uplatnit 1x za dva roky od 30 let věku.
Typ nadstandardu 2016	Doplňující informace k nadstandardům*
	Zdravotní pojišťovna - OZP
18-22) Očkování	Do dovršení věku 26 let.
51-52) Rakovina prsu a prostaty	Na vybraných pracovištích zdarma, od 40 let.
53) Rakovina kůže	Na vybraných pracovištích zdarma.
56-61) Těhotenství	Jestliže je u ZP pojištěna jen matka a dítě - 1000 Kč, pokud i otec - 1300 Kč.
MÁLO INFORMACÍ	MÁLO INFORMACÍ O VÝŠI PŘÍSPĚVKŮ Z DŮVODU nutnosti odvolání na program VITOKONTO.

Příloha č. 6 – Náklady na zdravotní péči dle věkových skupin

Věková skupina dle rozmezí let		Číslo věkové skupiny	Pohlaví	Cel.nákl.podle mod.pro NP	Nár.část nákl.péče	Prům.počet pojištěnců	Příjem na VŠ	Příjmy na 1 pojištěnce	Nár.část NP na 1 poj.H.	Celkové nákl.na	Příjmy+nár. část NP na	Rozdíl (na 1 poj.)	Rozdíl celkem	
od	do			2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014
				RBP	RBP	RBP	RBP	RBP	RBP	RBP	RBP	RBP	RBP	RBP
0	5	1	Muži	261 025 884	32 036 220	13 403	217 882 980	16 256,28	2 390,23	19 475,18	18 646,51	-828,67	-11 106 684	
5	10	2		151 966 016	8 491 517	14 112	138 878 625	9 841,17	601,72	10 768,57	10 442,90	-325,67	-4 595 874	
10	15	3		131 369 016	7 983 741	12 421	121 755 128	9 802,56	642,77	10 576,58	10 445,33	-131,24	-1 630 147	
15	20	4		105 540 149	3 332 052	12 586	108 873 992	8 650,52	264,75	8 385,63	8 915,27	529,63	6 665 895	
20	25	5		128 754 633	10 288 827	16 630	119 216 878	7 168,71	618,68	7 742,23	7 787,40	45,16	751 072	
25	30	6		147 777 145	14 481 390	16 868	135 537 040	8 035,08	858,50	8 760,71	8 893,58	132,87	2 241 285	
30	35	7		148 903 010	7 930 894	15 702	143 961 530	9 168,11	505,07	9 482,81	9 673,19	190,38	2 989 414	
35	40	8		181 622 311	19 263 409	16 239	163 135 248	10 046,10	1 186,27	11 184,56	11 232,37	47,81	776 346	
40	45	9		182 065 644	15 739 973	15 367	177 997 231	11 583,02	1 024,07	12 500,46	12 607,09	106,63	1 638 560	
45	50	10		247 621 956	28 543 178	15 197	216 284 983	14 232,32	1 878,24	16 294,40	16 110,56	-183,84	-2 793 795	
50	55	11		297 064 890	29 162 429	14 352	265 961 864	18 531,45	2 031,95	20 698,62	20 563,41	-135,22	-1 940 597	
55	60	12		355 868 579	34 993 939	12 988	331 347 512	25 511,82	2 694,33	27 399,80	28 206,15	806,35	10 472 872	
60	65	13		424 785 262	47 522 118	11 412	374 868 886	32 850,10	4 164,41	37 224,31	37 014,50	-209,81	-2 394 257	
65	70	14		414 107 143	51 220 286	8 857	371 498 377	41 946,41	5 783,36	46 757,43	47 729,76	972,34	8 611 520	
70	75	15		343 108 695	43 833 570	5 829	286 747 238	49 197,43	7 520,56	58 867,41	56 717,99	-2 149,42	-12 527 887	
75	80	16		186 236 866	20 672 657	2 971	163 550 752	55 042,88	6 957,37	62 677,88	62 000,25	-677,63	-2 013 457	
80	85	17		91 412 887	7 722 170	1 397	79 672 331	57 037,82	5 528,34	65 442,94	62 566,16	-2 876,78	-4 018 386	
85	a více	18		41 427 647	1 934 605	637	37 434 649	58 728,69	3 035,07	64 993,04	61 763,77	-3 229,27	-2 058 393	
0	5	1	Ženy	215 780 041	19 812 846	12 831	189 290 016	14 752,46	1 544,13	16 816,98	16 296,59	-520,39	-6 677 179	
5	10	2		115 416 338	4 568 115	13 394	111 468 471	8 322,27	341,06	8 617,02	8 663,33	46,31	620 248	
10	15	3		128 714 347	6 160 190	11 841	127 310 447	10 751,36	520,23	10 869,92	11 271,59	401,67	4 756 290	
15	20	4		155 683 455	3 906 075	12 140	136 198 896	11 218,71	321,74	12 822,01	11 540,46	-1 281,55	-15 558 484	
20	25	5		191 647 620	2 523 177	16 696	181 831 971	10 891,02	151,13	11 478,94	11 042,15	-436,79	-7 292 472	
25	30	6		255 282 253	9 819 472	17 263	244 616 714	14 170,41	568,83	14 788,26	14 739,24	-49,01	-846 067	
30	35	7		263 800 451	9 726 272	16 649	262 391 750	15 760,05	584,19	15 244,03	16 344,24	1 100,21	18 317 571	
35	40	8		271 732 522	11 467 255	18 215	271 645 836	14 913,30	629,55	14 918,06	15 542,85	624,79	11 380 569	
40	45	9		274 388 018	17 333 142	16 575	251 503 277	15 173,65	1 045,74	16 554,33	16 219,39	-334,94	-5 551 599	
45	50	10		306 884 806	12 842 294	16 117	285 526 037	17 715,37	796,80	19 040,57	18 512,17	-528,40	-8 516 475	
50	55	11		332 550 959	18 498 323	14 624	310 855 497	21 256,77	1 264,94	22 740,34	22 521,72	-218,63	-3 197 139	
55	60	12		378 381 008	29 500 465	13 976	341 548 397	24 438,50	2 110,82	27 073,95	26 549,32	-524,63	-7 332 146	
60	65	13		408 084 511	31 799 054	13 439	381 259 269	28 369,26	2 366,15	30 363,83	30 735,41	371,59	4 993 812	
65	70	14		417 426 325	32 482 449	11 009	387 331 981	35 184,54	2 951,56	37 918,26	38 136,10	217,84	2 398 085	
70	75	15		374 003 916	24 875 779	8 138	337 505 178	41 471,04	3 056,62	45 955,84	44 527,66	-1 428,17	-11 622 959	
75	80	16		220 990 320	11 933 140	4 152	199 362 140	48 018,82	2 874,24	53 228,23	50 893,06	-2 335,17	-9 695 040	
80	85	17		157 150 684	5 004 801	2 745	142 968 614	52 080,12	1 823,13	57 246,32	53 903,25	-3 343,06	-9 177 269	
85	a více	18		109 812 215	2 065 041	1 858	105 629 170	56 907,16	1 112,53	59 160,75	58 019,69	-1 141,06	-2 118 004	
Celkem				8 418 377 522	639 477 865	428 627	7 722 848 887	18 017,64	1 491,92	19 640,33	19 509,56	-130,77	-56 050 770	
Záloha na nákladnou péči 2014							593 115 802							
Celkem							8 315 964 489	19 401,40						
Vyúčtování zálohy rok 2013							19 099 154							

Příloha č. 7 – Přehledy rozpočtů fondu prevence za roky 2012 - 2016

FOND PREVENCE 2012/2013

Účelová položka		Skutečnost 1.- 6. 2012	Odhad	ZPP
			1.-12. 2012 realné	1.-12.2013 do ZPP
1.	Zdravotní programy celkem	20 412	43 430	49 510
1.1	Rekondiční péče rizikových skupin	7 027	13 500	13 500
1.2	Vitaminózní fortifikace	811	3 000	6 000
1.3	Prevence dárců krve	2 313	5 500	6 000
1.4	Ortodontická prevence u dětí a dorostu	1 263	3 000	3 000
1.5	Onkologické preventivní programy	3 451	5 000	6 000
1.6	Preventivní očkování - pneumokok	507	1 200	1 200
1.7	Preventivní očkování - encefalitida	3 490	8 250	8 000
1.8	Preventivní očkování - hepatitida	594	1 500	1 500
1.9	Preventivní očkování - chřipka	17	50	100
1.9	Preventivní očkování - meningokové onemocnění	29	70	100
1.10	Prev.očk.-pl.nešt.Varilrix spálnič.,zarděn.,příuš.Priorix	88	250	300
1.11	Preventivní očkování - rotavír Rotateq	146	400	500
1.12	Preventivní očkování - černý kašel, záškrt, tetanus	32	80	100
1.12	Preventivní očkování před cestou do zahr	36	80	150
1.13	Preventivní očkování TBC	0	0	50
1.14	Digitální vyšetření zrakového nervu	338	800	1 000
1.15	Vyšetření na celakalii	0	0	10
1.16	Program Z90	270	750	2 000
2.	Ozdravné pobyty celkem(+ přisp. rodičů) (201,229,230)	1 888	10 960	11 960
2.1	<i>z toho : - přímořské</i>	0	5 400	5 400
2.2	<i>- horské</i>	0	560	560
2.3	<i>- příspěvek na školky a školy v přírodě</i>	1 888	5 000	6 000
3.	Ostatní činnosti	6 086	12 930	19 530
3.1	Prevence osteoporózy a negativ.menopauzálních stavů	489	1 200	1 500
3.2	Prevence nádorového zbytnění prostaty	316	750	1 000
3.3	Příspěvek na plavání dětí do 3 let věku	940	2 200	2 000
3.4	Příspěvek na plavání ve školkách a školách	198	600	1 000
3.5	Příspěvek na plavání permanentka	0	0	3 000
3.6	Přípr.žen k porodu	1 012	2 500	3 000
3.7	Laserová oční terapie	117	300	350
3.8	Periodické prohlídky sportovců	50	150	150
3.9	Příspěvek na kontaktní čočky	385	1 000	1 000
3.10	Příspěvek na brýlové obruby	899	2 200	3 000
3.11	Léčení obezity	11	30	50
3.12	Nákup mléčné výživy	120	400	500
3.13	Ošetření Zubní hygienistkou	186	600	700
3.14	Ostatní	1 363	1 000	2 280
4.	Náklady na preventivní péči celkem	28 386	67 320	81 000

Příloha č. 7 – Přehledy rozpočtů fondu prevence za roky 2012 - 2016

FOND PREVENCE 2014/2015

Účelová položka		ZPP 2014 (v tis. Kč)	Čerpání 1-8/2014 (v tis. Kč)	ODHAD 2014	ZPP 2015 (v tis. Kč)
1.	Zdravotní programy celkem	42 750	25 840	41 682	38 600
1.1	Rekondiční péče rizikových skupin	13 000	6 874	11 170	11 000
1.2	Vitaminózní fortifikace	2 500	1 452	2 060	2 000
1.3	Prevence u dárců krve	5 000	3 140	5 103	5 000
1.4	Ortodontická prevence u dětí a dorostu	3 000	1 954	3 175	3 000
1.5	Onkologické preventivní programy	4 000	1 273	2 069	2 000
1.6	Preventivní očkování - pneumokok	2 000	1 221	1 984	2 000
1.7	Preventivní očkování - encefalitida	8 000	6 171	10 028	9 000
1.8	Preventivní očkování - hepatitida	1 500	974	1 583	1 500
1.9	Preventivní očkování - chřipka	100	9	15	50
1.10	Preventivní očkování - meningokové onemocnění	200	212	345	350
1.11	Preventivní očkování - plané neštovice, spalničky, zarděnky, příušnice	300	129	210	200
1.12	Preventivní očkování - rotavir	500	342	556	550
1.13	Preventivní očkování - černý kašel, záškrt, tetanus	100	83	135	150
1.14	Preventivní očkování před cestami do zahraničí	200	62	101	100
1.15	Preventivní očkování TBC	100	26	42	50
1.16	Digitální vyšetření zrakového nervu	1 200	1 119	1 818	600
1.17	Příspěvek pojištěncům s diagnózou celiakie na nákup potravin	150	307	499	300
1.18	Program P90	700	449	730	700
1.19	Odvykání kouření	200	43	61	50
2.	Ozdravné pobyty celkem	9 650	8 996	10 188	5 850
2.1	Přímořské léčebné pobyty	5 500	5 500	5 500	4 200
2.2	Horské léčebné pobyty	650	650	650	650
2.3	Příspěvek na školky a školy v přírodě	3 500	2 846	4 038	1 000
3.	Ostatní činnosti	18 700	13 184	19 645	10 820
3.1	Prevence osteoporózy a negativních menopauzálních stavů	1 500	975	1 383	900
3.2	Prevence nádorového zbytnění prostaty	1 000	621	881	600
3.3	Příspěvek na plavání dětí do 3 let věku	700	353	501	0
3.4	Příspěvek na plavání ve školkách a školách	2 300	1 375	1 951	1 300
3.5	Příspěvek na plavání- pernametka	1 000	713	1 012	0
3.6	Příprava ženy k porodu	2 500	1 883	3 060	2 500
3.7	Laserová oční terapie	300	180	293	200
3.8	Periodické prohlídky sportovců	150	160	227	150
3.9	Příspěvek na kontaktní čočky	1 250	1 192	1 691	0
3.10	Příspěvek na dioptrické brýle nebo obruby	0	10	10	0
3.11	Léčení obezity	100	223	316	200
3.12	Nákup mléčné výživy	600	424	602	400
3.13	Ošetření zubní hygienistkou	2 000	2 342	3 323	1 500
3.14	Cvičení rodičů s dětmi	500	216	306	200
3.15	Ostatní	4 800	2 517	4 090	2 870
4.	Náklady na preventivní zdravotní služby celkem	71 100	48 020	71 515	55 270

Příloha č. 7 – Přehledy rozpočtů fondu prevence za roky 2012 - 2016

FOND PREVENCE 2015/ 2016

	Účelová položka	ZPP 2015 (v Kč)	čerpání 1.- 8.2015 (v Kč)	Předpokl. 2015 (v Kč)	ZPP 2016 (v Kč)
1.	Zdravotní programy celkem	37 600 000	24 459 048	34 948 405	34 470 000
1.1	Rekondiční péče rizikových skupin	10 000 000	6 940 968	10 000 000	9 500 000
1.2	Vitaminózní fortifikace	2 000 000	1 409 300	2 113 951	2 100 000
1.3	Prevence u dárců krve	5 000 000	3 305 496	4 338 463	4 500 000
1.4	Ortodontická prevence u dětí a dorostu	3 000 000	1 962 472	2 575 745	2 500 000
1.5	Onkologické preventivní programy	2 000 000	1 212 219	1 818 329	1 900 000
1.6	Preventivní očkování - pneumokok	2 000 000	1 177 038	1 765 557	1 800 000
1.7	Preventivní očkování - encefalitida	9 000 000	5 526 096	8 289 143	8 500 000
1.8	Preventivní očkování - hepatitida	1 500 000	864 370	1 296 555	1 300 000
1.9	Preventivní očkování - chřipka	50 000	48 397	72 596	100 000
1.10	Preventivní očkování - meningokové onemocnění	350 000	168 521	252 782	300 000
1.11	Preventivní očkování - plané neštovice, spalničky, zarděnky, příušnice	200 000	99 559	149 339	150 000
1.12	Preventivní očkování - rotavir	550 000	275 249	412 874	450 000
1.13	Preventivní očkování - černý kašel, záškrt, tetanus	150 000	126 879	190 319	200 000
1.14	Preventivní očkování před cestami do zahraničí	100 000	107 550	107 550	0
1.15	Preventivní očkování TBC	50 000	9 236	13 854	20 000
1.16	Digitální vyšetření zrakového nervu	600 000	469 253	469 253	0
1.17	Příspěvek pojištěncům s diagnózou celiakie	300 000	166 491	218 519	250 000
1.18	Program P90	700 000	525 895	788 843	900 000
1.19	Odvykání kouření	50 000	64 060	74 737	0
2.	Ozdravné pobyty celkem	5 850 000	5 109 752	5 202 806	4 750 000
2.1	Přímořské léčebné pobyty	4 200 000	4 198 280	4 198 280	3 700 000
2.2	Horské léčebné pobyty	650 000	613 700	613 700	650 000
2.3	Příspěvek na školky v přírodě	1 000 000	297 772	390 826	400 000
3.	Ostatní činnosti	10 820 000	9 064 808	11 746 066	9 670 000
3.1	Prevence osteoporózy a negativních menopauzálních stavů	900 000	891 629	1 170 263	1 200 000
3.2	Prevence nádorového zbytnění prostaty	600 000	645 413	847 104	900 000
3.3	Příspěvek na plavání dětí do 3 let věku	0	0	0	0
3.4	Příspěvek na plavání ve školkách a školách	1 300 000	1 860 275	2 441 611	2 500 000
3.5	Příspěvek na plavání- peramentka	0	500	0	0
3.6	Příprava ženy k porodu	2 500 000	2 049 680	2 690 205	2 500 000
3.7	Léčba kerakotonu	200 000	112 471	112 471	100 000
3.8	Periodické prohlídky sportovců	150 000	193 614	254 118	250 000
3.9	Příspěvek na kontaktní čočky	0	0	0	0

Příloha č. 7 – Přehledy rozpočtů fondu prevence za roky 2012 - 2016

3.10	Příspěvek na dioptrické brýle nebo	0	0	0	0
3.11	Léčení obezity	200 000	171 756	200 382	200 000
3.12	Nákup mléčné výživy	400 000	328 482	431 133	450 000
3.13	Ošetření zubní hygienistkou	1 500 000	1 173 483	1 369 064	0
3.14	Organizované cvičení rodičů s dětmi	200 000	200 990	263 799	300 000
3.15	Ostatní	2 870 000	1 436 515	1 965 916	1 270 000
4.	Náklady na preventivní zdravotní služby celkem	54 270 000	38 633 608	51 897 277	48 890 000
	Přítomnost otce u porodu	Podrobnosti k položce 3.15	41 000	41 000	0
	Program Senior		89 887	160 000	160 000
	Zdravý podnik +		311 777	500 000	300 000
	Systém aktivního zdraví eVito		7 260	10 000	10 000
	ZOO Ostrava – měření		114 635	120 000	120 000
	Pilotní program - (Moje ambulance)		35 500	50 000	50 000
	ZOSTAVAX-očkování proti pásovému oparu		34 498	40 000	40 000
	Příspěvek na fluorizaci zubů		5 108	10 000	10 000
	Příspěvek na ošetření rázovou vlnou		207 536	272 391	250 000
	Příspěvek na genetické vyšetření		26 000	34 125	30 000
	Ostatní očkování		52 644	70 000	60 000
	Nákup monitorů dechu		32 300	50 000	40 000
	Fixační a čistící prostředky pro celkové zubní náhrady		271 970	300 000	200 000
	Včasná pooperační rehabilitace po artroskopii		198 000	300 000	0
	Masáže, cvičení (Mostecko)		5 400	5 400	0
	Příspěvek na fitko (Mostecko)		1 000	1 000	0
	Nákup v prodejnách zdr.tech. A lékárnách (Most)		2 000	2 000	0
	součet		1 436 515	1 965 916	1 270 000

Příloha č. 8 – ÚPRAVA rozpočtu fondu prevence

ÚPRAVA ROZPOČTU FP- VÝPOČET SUMY K PŘESUNU (v Kč)				
Účelová položka		ZPP 2016 současnost	ÚPRAVA zůstatek	SUMA K PŘESUNU
1.	Zdravotní programy celkem	34 470 000	29 230 000	4 940 000
1.1	Rekondiční péče rizikových skupin	9 500 000	8 000 000	1 500 000
1.2	Vitaminózní fortifikace	2 100 000	0	2 100 000
1.3	Prevence u dárců krve	4 500 000	4 500 000	0
1.4	Ortodontická prevence u dětí a dorostu	2 500 000	2 500 000	0
1.5	Onkologické preventivní programy	1 900 000	1 900 000	0
1.6	Preventivní očkování - pneumokok	1 800 000	1 800 000	0
1.7	Preventivní očkování - encefalitida	8 500 000	8 500 000	0
1.8	Preventivní očkování - hepatitida	1 300 000	1 300 000	0
1.9	Preventivní očkování - chřipka	100 000	70 000	30 000
1.10	Preventivní očkování - meningokok	300 000	260 000	40 000
1.11	Preventivní očkování - plané neštovice, spalničky, zarděnky, příušnice	150 000	0	150 000
1.12	Preventivní očkování - rotavir	450 000	450 000	0
1.13	Preventivní očkování - černý kašel, záškrt, tetanus	200 000	0	200 000
1.14	Preventivní očkování před cestami do zahraničí	0	0	0
1.15	Preventivní očkování TBC	20 000	0	20 000
1.16	Digitální vyšetření zrakového nervu	0	0	0
1.17	Příspěvek pojištěncům s diagnózou celiakie na nákup potravin	250 000	250 000	0
1.18	Program Z90	900 000	0	900 000
1.19	Odvykání kouření	0	0	0
2.	Ozdravné pobyty celkem	4 750 000	4 050 000	1 000 000
2.1	Přímořské léčebné pobyty	3 700 000	3 200 000	500 000
2.2	Horské léčebné pobyty	650 000	550 000	100 000
2.3	Příspěvek na školky v přírodě	400 000	0	400 000
3.	Ostatní činnosti	9 670 000	4 735 000	3 735 000
3.1	Prevence osteoporózy a negativních menopauzálních stavů	1 200 000	1 200 000	0
3.2	Prevence nádorového zbytnění prostaty	900 000	900 000	0
3.3	Příspěvek na plavání dětí do 3 let věku	0	0	0
3.4	Příspěvek na plavání ve školkách a školách	2 500 000	0	2 500 000
3.5	Příspěvek na plavání- peramentka	0	0	0
3.6	Příprava ženy k porodu	2 500 000	2 500 000	0
3.7	Léčba kerakotonu	100 000	0	100 000
3.8	Periodické prohlídky sportovců	250 000	125 000	125 000
3.9	Příspěvek na kontaktní čočky	0	0	0
3.10	Příspěvek na dioptrické brýle nebo obruby	0	0	0
3.11	Léčení obezity	200 000	0	200 000
3.12	Nákup mléčné výživy	450 000	450 000	0
3.13	Ošetření zubní hygienistkou	0	0	0
3.14	Organizované cvičení rodičů s dětmi	300 000	300 000	0

Příloha č. 8 – ÚPRAVA rozpočtu fondu prevence

3.15	Ostatní	1 270 000	460 000	810 000
4.	Náklady na preventivní zdravotní služby celkem	48 890 000	38 015 000	9 675 000
	Přítomnost otce u porodu	0	0	0
	Program Senior	160 000	0	160 000
	Zdravý podnik +	300 000	300 000	0
	Systém aktivního zdraví eVito	10 000	0	10 000
	ZOO Ostrava – měření	120 000	120 000	0
	Pilotní program - (Moje ambulance)	50 000	0	50 000
	ZOSTAVAX-očkování proti pásovému oparu	40 000	0	40 000
	Příspěvek na fluorizaci zubů	10 000	0	10 000
	Příspěvek na ošetření rázovou vlnou	250 000	0	250 000
	Příspěvek na genetické vyšetření	30 000	0	30 000
	Ostatní očkování	60 000	0	60 000
	Nákup monitorů dechu	40 000	40 000	0
	Fixační a čistící prostředky pro celkové zubní náhrady	200 000	0	200 000
	Včasná pooperační rehabilitace po artroskopii	0	0	0
	Masáže, cvičení (Mostecko)	0	0	0
	Příspěvek na fitko (Mostecko)	0	0	0
	Nákup v prodejnách zdr.tech. A lékárnách (Most)	0	0	0
		1 270 000	460 000	810 000